
BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:
Dr. ROBERTO BERRO
Domicilio: Yf, 1486
Jefe:
Sr. EMILIO FOURNIE

109

Dirección y Oficinas del Instituto:
18 DE JULIO Nº 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:
Dr. ROBERTO BERRO
Domicilio: Yf, 1486
Jefe:
Sr. EMILIO FOURNIE

109

Dirección y Oficinas del Instituto:
18 DE JULIO Nº 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

Consejo Directivo — Delegados oficiales

Argentina	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro
	" Gerardo Segura (resid. en Buenos Aires)
Bolivia	" Luis Montaña Roldán (residente en La Paz)
	(1) (residente en Montevideo)
Brasil	(1)
	" Walter Jobim (resid. en Montevideo)
Colombia	" Héctor Pedraza (residente en Bogotá)
	(1) (residente en Montevideo)
Costa Rica	Dr. Carlos Sáenz Herrera (residente en San José)
	Prof. Emilio Verdesio (residente en Montevideo)
Cuba	Dr. Félix Hurtado (residente en Habana)
	Dra. María L. Saldún de Rodríguez (residente en Montevideo)
Chile	Dr. Guillermo Morales Beltrami (residente en Santiago)
	(1)
Ecuador	" Carlos Andrade Marín (residente en Quito)
	" Víctor Escardó y Anaya (residente en Montevideo)
El Salvador	" Marco Tulio Magaña (residente en San Salvador)
	" Walter Piaggio Garzón (residente en Montevideo)
Estados Unidos de América	Sra. Elisabeth Shirley Enochs (resid. en Wáshington)
Guatemala	Dr. Edward G. Trueblood (residente en Montevideo)
	Dr. Ernesto Cofiño (residente en Guatemala)
	(1) (residente en Montevideo)
Haití	Sr. Dantés P. Colimon (residente en Port-au-Prince)
	(1) (residente en Montevideo)
Honduras	Dr. Joaquín Romero Méndez (residente en Tegucigalpa)
	(1) (residente en Montevideo)
México	Srta. Francisca Acosta (residente en México)
	Sr. Pedro Cerisola (residente en Montevideo)
Nicaragua	Dr. Germán Castillo (residente en Managua)
	" Alfredo Ramón Guerra (residente en Montevideo)
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés (residente en Panamá)
	Arqto. Luis Daniel Crespo (residente en Montevideo)
Paraguay	Dr. Ricardo Odriosola (residente en Asunción)
	" Fernando Abente Haedo (residente en Montevideo)
Perú	" Otto Fiek Campodónico (residente en Lima)
	" Manuel Villar (residente en Montevideo)
Dep. Dominicana	" Rafael Santoni Calero (residente en Ciudad Trujillo)
	" José Antonio Pannocchia (residente en Montevideo)
Uruguay	Dr. Julio A. Bauzá
Venezuela	" Ernesto Vizcarrondo (residente en Caracas)
	Sr. Melquíades Parra Márquez (residente en Montevideo)

Presidente: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Vicepresidente: (1).

Secretario: Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Director General: Dr. Roberto Berro.

(1) Vacante.

BOLETIN

DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

Sumaro — Sommaire — Contents

Pág.


<p>Doctor Joaquim Martagão Gesteira (Fotografía)</p> <p>Dr. Joaquim Martagão Gesteira. Vicepresidente del INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA. Delegado Técnico de los Estados Unidos del Brasil. 17 de mayo de 1884-30 de abril de 1954. Por Roberto Berro</p> <p>Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia — 1954</p> <p>Becarios de la O.E.A.:</p> <p style="padding-left: 20px;">Protección social a la infancia. Su proyección al indio. Por Luis Montañó Roldán (Bolivia)</p> <p style="padding-left: 20px;">Do elemento previsão na criação de pequenas maternidades de interior. Por Randoval Montenegro (Brasil)</p> <p style="padding-left: 20px;">La protección del niño uruguayo en su familia biológica. Por Selenia Ponce de León de Pratts. (Estados Unidos de América - Puerto Rico)</p> <p style="padding-left: 20px;">La protección integral de la salud en el Uruguay a través de Unidades Sanitarias Departamentales. Por Pablo Rivadeneyra (México)</p> <p style="padding-left: 20px;">La protección a los niños de primera infancia por las Casas-Cunas. Por Miguel Angel Morra (Paraguay) ..</p> <p style="padding-left: 20px;">Aspectos de la higiene escolar. Por Guido Rodríguez Alcalá (Paraguay)</p> <p style="padding-left: 20px;">Refectorio Materno Infantil y Gota de Leche de Pando. Por Basilio Pozzi Minvielle (Uruguay)</p> <p style="padding-left: 20px;">Papel de la asistente social de la División Higiene Servicio de Sanidad Escolar - Consejo del Niño. Por Zulema Rodríguez Pacios (Uruguay)</p> <p>Becarios de las Naciones Unidas:</p> <p style="padding-left: 20px;">Bases para la creación de un Consejo Tutelar de Menores en Costa Rica. Por María Eugenia Vargas Solera (Costa Rica)</p> <p style="padding-left: 20px;">Concepto sobre servicio social - La visitadora social en el Ecuador. Por María Eugenia Baquero A. (Ecuador) ..</p>	<p>89</p> <p>92</p> <p>102</p> <p>106</p> <p>129</p> <p>136</p> <p>151</p> <p>165</p> <p>169</p> <p>176</p> <p>181</p>
---	--

Importancia de la intervención del servicio social en la colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva. Por Carmen Vallejo Mera (Ecuador)	186
Possible creación de clases diferenciales en el Paraguay. Por Ofelia Alfonso Balzarini (Paraguay)	191
Becarios especiales:	
Recuperación social del menor abandonado. Por Blanca Zucolillo de Rodríguez Alcalá (Paraguay)	210
La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia. 30 años de auténtica obra social. Por Leyla V. Otero (Uruguay)	236
La visitadora social, el hospital y la niñez. Aspectos laborales. Por Vera R. Holz (Uruguay)	248
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.	
Reunión del Consejo Directivo de 11 de mayo de 1954 ..	257
Reunión del 12 de mayo de 1954	258
El Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Tercer curso 1954. Por Víctor Escardó y Anaya	263
Recomendaciones del Seminario deducidas de las enseñanzas impartidas en él	281
Conferencias y Congresos: X Congreso Panamericano del Niño. Panamá. — II Congreso Nacional del Niño. San Salvador, El Salvador. — IV Congreso Internacional de Jueces de Menores. Bruselas, Bélgica. — II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Río de Janeiro, Brasil. — II Congreso Centro Americano de Pediatría. San Salvador, El Salvador. — III Conferencia Internacional de la Poliomiélitis. Roma, Italia. — VI Congreso Mundial de la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados. La Haya, Holanda	
Libros y Revistas: Standards and recommendations for hospital care of newborn infants full term and premature. American Academy of Pediatrics. — El niño perverso. Por León Michaux. — El niño vagabundo. Por Guy Nerón. — Educación de adultos. Por Ismael Rodríguez Bou. — La femme et l'éducation. UNESCO. — Annuaire International de L'Education. UNESCO y Bureau International d'Education	289
Informaciones: El gimnasio moderno. Bogotá, Colombia. — Población, nacimientos y mortalidad en el Uruguay. — Inauguración de la Escuela de Servicio Social Oficial. Montevideo. — Reglamentación del trabajo nocturno de los menores. Montevideo. — Concurso internacional de un film creativo para niños. París. Francia	295
	302



DOCTOR JOAQUIM MARTAGÃO GESTEIRA

17 de mayo de 1884 — 30 de abril de 1954



Digitized by the Internet Archive
in 2024

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

Dr. Joaquim Martagão Gesteira

Vicepresidente del INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE PROTECCION A LA INFANCIA

Delegado Técnico de los Estados Unidos del Brasil

Una gran pérdida para el Instituto y la pediatría americana

Hace un mes fuimos dolorosamente sorprendidos con la noticia del sorpresivo fallecimiento del ilustre pediatra brasileño Dr. Joaquim Martagão Gesteira que desempeñaba la vicepresidencia del Instituto Internacional Americano derotección a la Infancia, y que se aprestaba a concurrir a la reunión anual del Consejo Directivo que debía presidir por la ausencia del presidente Dr. Gregorio Aróz Alfaro. Y el eminente maestro y amigo, con su dinamismo habitual, vendría también a dictar dos clases, de gran envergadura como todas las suyas, en el 3er. curso del Seminario de Trabajo, que se estaba desarrollando en nuestra sede y para las cuales ya había enviado los correspondientes resúmenes para que figuraran en el volumen mimeografiado que se entregaría a los becarios al terminar el curso. No pudo venir el profesor, pero quedan en la publicación referida sus últimos trabajos sobre la medicina social del niño, tema que tanto le preocupaba y por la que tanto había trabajado en el Brasil y en América hasta alcanzar en su magisterio un puesto cumbre que lo destacaba nítidamente en el ambiente pediátrico del continente americano.

Martagão Gesteira era un hombre completo. Se aunaban en él talento, laboriosidad incansable, carácter puro e indoblegable, un concepto espiritual de la solidaridad humana y del valor superior de la verdadera amistad.

Muy grande es la pérdida que sufre la pediatría brasileña, como podrán apreciar nuestros lectores al leer la siguiente resumida biografía del extinto maestro, que extractamos de un artículo aparecido en la revista "El Día Médico Uruguayo" (Nº 236 - febrero 1953), escrito por el profesor Walter Piaggio Garzón.

El profesor Martagão Gesteira nació en Bahía, el año 1884, haciendo sus estudios primarios y secundarios en la capital de ese Estado, continuándolos luego con sus estudios médicos en la Fa-

cultad de Medicina de la misma ciudad y graduándose en 1908, a los 24 años de edad. Desde el comienzo de su carrera mostró una clara inclinación al estudio de la medicina infantil, ocupando el cargo de Asistente de clínica pediátrica en el año 1911, y siendo docente libre de pediatría en 1912, puesto ganado por concurso. También por concurso obtuvo en 1914 el título de profesor extraordinario; y un año después era profesor titular de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina de Bahía, actuando con brillo singular y prestigio creciente hasta 1937 en que fué trasladado a la cátedra de Puericultura y Clínica de la primera infancia de la Facultad Nacional de Medicina de Río de Janeiro, donde actuó en la misma forma destacada por espacio de casi 17 años, viendo cómo su nombre se prestigiaba y consolidaba en todos los centros pediátricos de América. Integraba también la Academia Nacional de Medicina, del Brasil.

La obra bibliográfica del insigne maestro es considerable estando esparcida en libros, folletos y revistas que aseguran la supervivencia espiritual del maestro.

Pero si grande es la obra de Martagão Gesteira, resalta más aun su obra social buscando el bienestar del niño brasileño con sus actividades incansables desde prominentes cargos públicos: en 1925 Inspector de Higiene Escolar en Bahía; en 1935 Director General del Departamento Nacional del Niño, y del Instituto de Puericultura en donde, felizmente, pudo culminar recientemente su obra dinámica y tenaz, inaugurando en octubre del año 1953, un magnífico edificio, en cuya preparación técnica y arquitectónica intervino día a día ofreciendo generosamente su actividad, su larga experiencia y sus conocimientos indiscutibles hasta ofrecer a su país y a la América, siempre hermanados en su ideología, la más moderna y ejemplar construcción médico-social, que constituye a nuestro juicio el mejor timbre de honor para una vida excepcionalmente fecunda, y un recuerdo que perdurará a través de los años y del tiempo.

Faltan ahora unos párrafos para nuestro grande e invariable amigo, que tal lo fué desde que lo conocimos, el año 1919, en el II Congreso Americano del Niño, celebrado en Montevideo. Nuestro amigo dilecto era extraordinariamente bondadoso y leal, uniendo a estas características, condiciones superiores que lo encumbraban de inmediato, y eran su carácter, su energía en la acción y en los debates, y la extraordinaria valentía con que exponía sus ideales nobles y con que defendía imperturbablemente sus iniciativas, sus obras y sus intenciones progresistas, bondadosas siempre e iluminadas por su fe en la ciencia y su cariño por la niñez americana.

En 1947 se incorporó a nuestro Instituto como Delegado técnico del Brasil, y desde las primeras actuaciones conquistó el afecto de todos sus dirigentes, pues puso en evidencia los legítimos quilates

de su saber y el magnífico florón de su compañerismo, que lo llevaron en 1952 a ser electo, por unanimidad, como Vicepresidente del organismo, integrando así la trilogía de honor de los grandes: Morquio, Aráoz Alfaro y Martagão Gesteira.

Ahora lamentamos más que nunca el no haber podido responder a su gratísima y empeñosa invitación para asistir, el año pasado, a la inauguración de lo que hemos llamado su obra cumbre, el Instituto de Puericultura del Brasil, edificado en la Ilha do Fundão, parte hoy de la isla llamada Universitaria (conjunción de varias islas pequeñas) porque alberga también a la Ciudad Universitaria. Pero si en aquella ceremonia no pudimos estar personalmente, el Instituto cumplió con su deber enviando una placa de bronce expresión de su justiciera y cariñosa adhesión, haciéndose representar por los doctores Víctor Escardó y Anaya y María Luisa Saldún de Rodríguez, ambos miembros de su Consejo Directivo.

Podemos, pues, asegurar que tan grande como la pérdida sufrida es el sentimiento de pesar sufrido por el Instituto y por nosotros, sentimiento íntimo, sincero y profundo, que queremos transmitir a su dignísima familia, que varias veces acompañó al Dr. Martagão Gesteira en sus visitas a Montevideo, y especialmente a su hijo —también pediatra distinguido— Dr. Raymundo Martagão Gesteira.

Alguien ha dicho que el verdadero sitio de reposo de los muertos es el recuerdo que queda en el corazón de aquellos que lo conocieron, estimaron y admiraron. Esto se cumple íntegramente para este fiel amigo que se fué.

Roberto Berro

Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, 1954

En el corriente año 1954, del 15 de marzo al 15 de mayo, se realizó el tercer y último curso del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, de acuerdo con lo anunciado en el BOLETIN N° 108, pág. 64 y el NOTICARIO 91, en los cuales nos referimos al programa desarrollado, profesores, número y nombre de becarios y países que los habían enviado, algunos por cuenta de la Organización de los Estados Americanos, otros por las Naciones Unidas y algunos becarios especiales.

Como en los cursos anteriores, al terminar las clases cada becario entregó una monografía preparada durante el Seminario, recibiendo un diploma que acreditó la asistencia a clase, y un volumen mimeografiado "Resúmenes" de las clases dictadas y recomendaciones.

Publicamos a continuación las mencionadas monografías, agrupadas según la procedencia de los becarios.

Becarios de la O.E.A.

PROTECCION SOCIAL A LA INFANCIA SU PROYECCION AL INDIO

Por el doctor Luis Montaña Roldán
(Bolivia)

Hemos querido abordar este tema interesante y siempre palpitante en América por que deseamos íntimamente cooperar en su solución, ya que la triste situación a la que se hallan relegados millones de seres humanos priva a sus países y a la América toda, de un valioso material humano que se necesita para el mejor aprovechamiento de la inmensidad geográfica americana.

No todos los países de América se ven frente al problema del indio con la misma intensidad. Algunos pueblos como el Uruguay y Estados Unidos de Norte América lo han solucionado, el primero en anterior época dió fin al indio exterminándolo como plan de conquista de los europeos y el segundo, con el mismo fin, los redujo en una gran proporción que no constituye problema para este país.

En otros países americanos el indio está circunscrito a áreas

más o menos extensas, habiendo sido desalojado por la corriente inmigratoria venida de Europa como sucede en la Argentina y el Brasil para citar como ejemplo de algunos pueblos americanos que se han caracterizado por tener una mayor corriente inmigratoria; de donde deducimos que el indio no es un problema en estos países ya que el grupo de raza blanca tiene una mayor proporción y nada espera de las masas autóctonas.

En otros países la proporción de indios es muy elevada, llegando a ser la mayoría de la población con una proporción pequeña de blancos.

Con el deseo de tener una idea más aproximada a esta relación numérica de la población de indios en América daremos números de informes llegados al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia de diversos países americanos y que lo tiene publicado en el número 2 del Tomo XIII de su Boletín.

Dice: "en el Ecuador hay 1.500.000 de indios en una población total de 2.000.000 de habitantes o sea un 75%. En el Perú hay 4.500.000 en una población de 6.000.000 o sea un 75% según unos datos, pues según otros la población de indios alcanzaría solamente a 2.812.000 o sea el 45% de su población total. En México se asignan 4.179.000 indios en una población total de 16.000.000 de habitantes igual al 25%, pero otros autores dan cifras muy diferentes llegando a tener porcentajes altos del 60%.

En Guatemala según un censo anterior habían 1.229.997 indios en una población total de 2.004.900 habitantes. En Bolivia se calcula la población de indios en 2.000.000 sobre un total de 3.000.000 de habitantes es decir un 66%. En el Brasil se habla de 500.000 indios. En Colombia se calcula en un 40% la población de indios. En el Paraguay el porcentaje es bajo, sin tener en cuenta los grupos de indios que se hallan aislados de la civilización. Cuba, Puerto Rico y República Dominicana nos da informaciones en el sentido de que no existen indios en sus zonas geográficas habiendo desaparecido completamente con la colonización europea. En E.E.U. U. alcanza a un 0.27% el porcentaje de indios.

Constituye un gran problema para los países Centro y Sud Americanos no contar con estadísticas completas. Todas las que conocemos y se vienen realizando como la que hizo la Oficina Internacional del Trabajo son inexactas. Ya que los que vivimos en los respectivos países podemos comprobar que no se ajusta a la realidad. Comprendemos y comprenden todos lo difícil que resulta el realizar un censo en nuestros países por diversas razones como la gran extensión territorial y la falta de medios de comunicación, existiendo zonas en los países americanos donde no se puede llegar y en ellas viven grupos de indios que no han tenido contacto con los sectores más desarrollados. A veces se han hecho censos

duplicados de zonas fronterizas que no están bien delimitadas y que se las consigna de ambos países fronterizos.

En las mismas ciudades el censo se complica por la falta de un concepto claro sobre la definición del indio, ha hecho que se inscriban como blancos o mestizos indioides como blancos, algunos porque han adquirido profesiones y tienen una excelente situación social, por que debemos hacer notar que constituye un insulto en América llamarle indio a una persona.

Esta encuesta nos hace ver la dificultad para obtener informes sobre el problema palpitante de América, que se interpreta con un criterio diferente las mismas cuestiones por lo que debemos ser parcos en la formación de juicios definitivos.

El problema se complica más cuando queremos ir a la definición exacta de lo que denominamos INDIO. Desde ya su origen estriba a la interpretación que se dió en España a América en la época de Colón, conociéndose a nuestro Continente con el nombre de Indias Occidentales.

Una vez organizadas las Repúblicas Americanas se produjo en un grado ínfimo la culturización del autóctono y el gran mestizaje que había comenzado en la época de la conquista, ya que los conquistadores en búsquedas de oro no traían consigo a sus esposas y mantenían relaciones con las mujeres autóctonas de donde se originó el mestizaje americano.

En la actualidad quién es el indio? El Diccionario de la Lengua Española lo define así: Aplícase al antiguo poblador de América o sea de las Indias Occidentales, y del que hoy se considera como descendiente de aquél, sin mezcla de otra raza. Numerosos autores americanos quisieron dar diferentes definiciones de Indio, cada uno en su respectivo país, lo que no está muy de acuerdo con la realidad. Dejaban el término de indio para aquellos autóctonos que no hablaban la lengua castellana, aquellos que no habían tenido ninguna instrucción de la cultura occidental, por lo que dejaban de ser indios muchos que se han instruido aún siendo indios. Todo ello obedece a escapar al prejuicio que significa recibir el calificativo de indio, que como ya dijimos anteriormente trae consigo un complejo de inferioridad y es un insulto; de donde deducimos que no es un ambiente favorable para el indio el que se desarrolla en la Sociedad americana.

A nuestro modo de ver, y en calidad de médicos podemos llegar a conclusiones más aproximadas a la verdad realizando un somero estudio psicosomático posible ya que vivimos en dichos ambientes. Claro es que no podemos llegar a una descripción unitaria de todos los grupos autóctonos de América ya que encontramos diversidad de grupos que tienen cierta característica que los diferencian a los unos de los otros, determinadas por factores genéti-

cos y ambientales, la diversidad de climas y las grandes variaciones geográficas. Sin embargo y a pesar de todos estos antecedentes podemos formarnos algunos conceptos unitarios, en especial a las zonas que se refieren a los antiguos Imperios donde los grupos raciales dominantes extendiéronse infiltrando con ellos sus características de raza. Tenemos como ejemplo dos Imperios, el de los Mayas y el de los Incas. El primero sito en la parte Norte y Centro de América y el segundo extendido por Sud América abarcando los países que hoy son Bolivia, Perú, Ecuador, Norte de la Argentina y algo del Norte de Chile. Además existen algunos datos históricos estudiados actualmente que nos hacen ver que llegaron en sus conquistas al oeste del Brasil y Sur de Colombia. El Imperio de los Mayas abarcó aproximadamente lo que es hoy México y Centro América. Alrededor de estos grandes Imperios se fueron desarrollando pequeños pueblos que tenían contacto con ellos no sólo culturalmente sino realizando uniones raciales, lo que dio lugar a que los signos raciales se fuesen extendiendo a estos grupos colindantes.

Volvemos a repetir que el llegar a una descripción unitaria no es posible, tampoco se han realizado estudios a este respecto por lo que nos encontramos frente a una laguna de ideas y conceptos. Sin embargo se ha encontrado un paralelismo racial con los grupos asiáticos, de donde ha surgido la idea de que los primeros habitantes de América procedieron del Asia.

El indio que encontramos en el Altiplano boliviano o peruano, en la zonas del Ecuador y Norte de la Argentina tiene una estatura pequeña pero mayor que la de los chinos por ejemplo. La coloración de la piel es de tinte amarillento acercándose mucho al color que ofrece la tierra en estas zonas altiplánicas. Los ojos pequeños ligeramente rasgados, la nariz algo achatada pero con prominencia de los huesos nasales lo que visto de perfil le da un aspecto aguileño. El maxilar inferior es muy pronunciado, saliente y grueso. El cabello negro y sin ondulaciones. Tórax amplio y grande lo que hace que los pulmones también sean grandes, esto quizás como una compensación a la poca ventilación que ofrece las zonas de las alturas. El cráneo presenta la zona frontal achatada y un gran volumen de la zona occipital muy sobresaliente. He aquí una descripción muy grosera de las características somáticas del grupo racial de las zonas del Antiguo Imperio de los Incas. Habiendo conocido a los indios mexicanos nos atrevemos a decir que existe una gran parecido en estas características que se acompañan de gran prominencia de los pómulos. De ahí que pensamos formarnos una unidad somática del indio de América.

Frente a esta unidad somática, podemos afirmar o esbozar una unidad psicológica? Es algo que no nos atrevemos a hacer, a pesar que bien deseáramos ya que ello redundaría en beneficio de toda la masa india de América. Cualquier estudio o experiencia psicope-

dagógica significaría su fácil aplicación en toda América. Frente a este problema no nos queda sino a referirnos a lo más conocido por nosotros, el ambiente en que nos desarrollamos, aquello que se conoció como Imperio de los Incas y hoy constituye nuestra patria, Bolivia.

¿Cómo piensa y actúa el indio? y ¿por qué piensa y actúa en esa forma? Necesario es antes recordar algo de lo que conocemos sobre los Imperios o grupos americanos antes de la Conquista porque ello nos ayudará a comprender mejor a lo que deseamos llegar.

Cuando llegaron los españoles al Altiplano se encontraron ciudades magníficamente construídas que les causaron gran admiración. Clements R. Markham (Los Incas del Perú), al hablar de Tiahuanaku, dice que fué edificada por habilísimos arquitectos, con monolitos descomunales, hasta de 170 toneladas de peso, como no los hay en edificios primitivos del mundo entero, excepto Egipto; sorprende el magnífico tallado de las piedras: los monolitos tienen muescas y rebordes para que encajen en ellos las losas horizontales; el acarreo y colocación de tales monolitos, presupone una población densa y un gobierno regular. Debíó ser un régimen que unió el genio y la destreza al poder y la capacidad administrativa.

Guillermo H. Prescott en "Historia de la conquista del Perú" hace referencia a esos canales que eran obras verdaderamente gigantescas. Algunos de estos acueductos tenían cuatrocientas a quinientas millas de extensión. En el Apéndice 11 de esta obra hace referencia al gran camino construído de Quito al Cuzco o de esta ciudad para ir a Chile, donde manifiesta su admiración no explicándose cómo y de qué manera se pudieron hacer caminos tan grandes y soberbios y con qué herramientas pudieron allanar montes y quebrantar las peñas para hacerlos tan anchos y buenos, habiendo algunos tan largos que tenían más de mil leguas.

Su agricultura se fundaba en principios que realmente pueden llamarse científicos. Antes de la conquista, el sistema de propiedad de tierras era comunal. En cuanto a la organización social se asemeja al socialismo y al respecto dice Markham en los "Incas del Perú": semejante organización fué ciertamente socialismo tal como concibieron los soñadores de ayer y lo pregonizan los bisoños idealistas de hoy. Y dice Prescott "las leyes tenían por objeto defenderles y asegurarles su bienestar. No se permitía ocupar al pueblo en trabajos que pudieran ser nocivos a su salud ni se les agobiaba (triste contraste con su destino posterior), con tareas impuestas demasiado pesadas para su fuerza. Jamás eran las clases bajas víctimas del robo público o particular y una previsión benévola velaba cuidadosamente por sus necesidades y proveía a su subsistencia durante su estado de salud".

La cultura del indio americano se ponía de manifiesto en mil otros aspectos: en la construcción de la vivienda, en las finísimas

telas que tejían, en la decoración de los edificios, en la cerámica, en la poesía, en la música y el canto, que revelaban condiciones artísticas.

En síntesis hemos revisado algo del pasado del indio antes de la llegada de los conquistadores, lo que nos permite ver que eran pueblos que se iban desarrollando culturalmente y que las condiciones psíquicas eran magníficas. Un terreno donde puede fructificar el progreso y la cultura.

Pero si se compara al antes y después de la conquista del continente por los europeos, se destaca un cambio radical en su vida, que ha ido empeorando a través de cuatro siglos hasta llegar a la situación actual. Todo ese caos se debe a causas muy complejas de carácter social y cultural.

El indio fué despojado de sus tierras convirtiéndole en un animal de trabajo y carga, el sistema comunario de explotación de la tierra se transformó en un feudalismo donde el amo y señor era el conquistador, el producto de la tierra que cultiva no le pertenece. La avaricia de los conquistadores y de sus actuales dueños, su desmedido deseo de riquezas, el régimen de gobierno implantado han hecho del indio un hombre tímido y desconfiado.

Desde el primer momento de la llegada de los conquistadores se notó la incomprensión de la cultura que habían de conquistar. Lo demuestra en forma fehaciente el asesinato de Atahualpa último rey Inca; la historia nos relata que fué culpado de idólatra e irreverente al tirar la Biblia que le entregaron que estaba escrita en un idioma desconocido para él. Siguió a ello una despiadada destrucción de todo lo construído por los Incas por lo que se engendró la desconfianza hacia el blanco conquistador y véase como parece que hay razón para aquella desconfianza, después de soportar un régimen de tantos años, del cual se han formulado los siguientes juicios: "Los bárbaros conquistadores destruyeron por su ignorancia este edificio (se refiere a la ciudadela del Cuzco) llevándolo al estado en que hoy se halla. Mas, no habiendo podido remover estas enormes masas, se han visto obligados a despecho suyo, a dejar subsistir la más grande parte de sus murallas para que éstas sean un monumento eterno que instruya a todos los siglos de la ilustración americana que estos idiotas han tratado de obscurecer" Memorias del cura José María Blanco. "El Cuzco" por D. F. Eguren de Larrea -Lima 1929.

"Ellos eran soberbios, leales y francos, escribió Darío, sintetizando así el alma india en versos divinos... Pero, después la servidumbre trocó esta psicología india en sus matices contrarios. Y ellos fueron humildes, traidores e hipócritas... Agobiado el indio por las fierezas cometidas en su persona, tomó como rasgo peculiar de su alma cierta íntima hurañez, cierto temor traducido en desconfianza y en humildad... Y desde entonces perdió el alma india

cuantas galas poseía. Y desde aquella época adquirió el indio aquella timidez profunda que le vuelve dulcemente melancólico y triste” Sobre el gran problema, por Luis Monsalve Pozo. Interesante estudio comparativo del antiguo indio y el actual publicado en Cuadernos Pedagógicos Nº 2, Quito, 1933.

“Garcilazo dice que los españoles destruyeron las columnas con que los indios tomaban datos astronómicos y pregunta: ¿a quién correspondía mejor el nombre de bárbaros? Prescott “Historia de la Conquista del Perú”.

“Debido al peso inicuo de su largo vasallaje, está acostumbrado a someter ciegamente su voluntad a la del amo, sin razonar, sin pensar, mecánicamente” Rubén Silva “La Gimnasia educativa y el indio ecuatoriano”.

Si el indio hubiera podido escribir su tragedia, que se inició en el año 1.500 y que se prolonga dolorosamente hasta hoy, no habría encontrado, ni en la más rica lengua, términos bastantes severos para dar una vaga idea del dolor, del despotismo y de la infamia, de la traición y la violencia que sufrieron como condenados por el crimen de ser ingenuos y de ser leales. Plinio Ayrosa “Primeiras Noções de Tupi, S. Paulo, 1933.

La historia no cambió nada para los indios después de la independencia de los países americanos; siguieron siendo explotados y vilipendiados por los hijos de los conquistadores y algunos mestizos traidores a su raza, traigo por eso a remarcar las palabras de un cristiano, el Obispo de Amazonas, que en su carta Pastoral en 1909 dice: Nos manda la conciencia que denunciemos altamente a todo el país, la vergonzosa situación en que se encuentra la población india, despojada de sus derechos, cazada como fieras, o al menos envilecida, despreciada como verdaderos parias en este continente que se reputa ser el de la verdadera libertad, la verdadera fraternidad, la verdadera igualdad.

Algunos datos sobre el indio en la actualidad presente.

El indio en su gran mayoría vive en el campo desarrollando las actividades propias del ambiente, pero lo que produce debe entregar al patrón quién le paga un precio irrisorio que luego vende a sumas elevadas en la ciudad.

Debe trabajar todo el año para el dueño de la hacienda que los compró junto con la propiedad; el pago que recibe es una parcela de tierra que cultiva para sí, pero como ya dijimos debe vender al patrón.

La vivienda sigue primitiva, hecha de barro y paja, constituida por una sola habitación que sirve para que duerman 8 o 10 personas, acompañadas por algunos animales domésticos, les sirve de cocina, etc. No se le ha enseñado ni se le facilitan los medios para que construya una vivienda mejor.

La alimentación es escasa consistiendo en unas papas heladas

denominadas Chuño y algo de carne de cordero desecada. La falta de dinero circulante no les permite adquirir otros alimentos. El profesor Escudero del Instituto Argentino de Nutrición en un estudio que hizo vió que el indio llega a consumir apenas 1.200 calorías siendo así que para su trabajo se precisa 3.500 calorías. ¿De donde las saca? ahí está la vitalidad de la raza.

La educación no ha hecho nada, mejor dicho no ha querido hacerlo, ya que el hombre instruído necesita y exige mejor vida. Sus dueños no quisieron dársela.

Veamos un poco del indio en la ciudad, a la que ha llegado unas veces en calidad de sirviente por su amo, en nuestra tierra se le llama pongo y es otra de sus obligaciones de servir gratuitamente en los menesteres de la casa del niño-patrón. Dándose cuenta que puede vivir en la ciudad sin recibir ultrajes ni castigo, escapa y comienza la triste aventura del indio-proletario terminando en los vicios del alcoholismo como única solución a su abandono espiritual. Otras veces, fuga desde la misma hacienda del campo porque el patrón ya no le deja vivir en su ayllu, debido a que ha manifestado insubordinación, y el dueño de la tierra lo echa quitándole el hogar donde vivieron sus antepasados. Llega así a la ciudad sin ninguna instrucción y ninguna habilidad que le permita trabajar para vivir. Debe iniciarse como animal de carga trasladando grandes pesos y mal remunerado; puede también ser peón de obras y si mejora llega a ser obrero de fábricas donde también es explotado constituyéndose el indio-proletario.

El indio siempre vive en un mundo de humillaciones, jamás recibe el trato humano porque es indio. Siempre es engañado; de ahí su gran desconfianza hacia el blanco y el hombre culto en general. Y quizás en su alma lleve un mar de rencor por que es toda su vida un sufrimiento, sin encontrar consuelo para su desventura ni ayuda para sus males.

En las tierras americanas donde vive el indio, el blanco es siempre el señor y dueño de vidas y haciendas; el mestizo, el político y empleado público que se presta a todo y el indio constituye la clase proletaria de las ciudades y campo.

Este pequeño análisis del indio en Bolivia y por ende en América tiene por fin hacernos ver, o mejor recordar lo que vemos a diario con la mayor desnudez del tema. Ver el medio en el que debemos y queremos trabajar. Nos es fácil ver los escollos a tropezar y los innumerables problemas que nos presenta la situación social del indio. En realidad, el problema no es sólo indio sino lo es también el blanco y el mestizo que vive junto a él, explotando su ignorancia. Debemos llegar hasta el blanco para que aprenda a amar a su hermano el indio. Convertirse en su verdadero salvador. Ayudarle en todo lo que él no puede, por lo menos en un comienzo hasta que encuentre el derrotero de su propia salvación. Debemos ac-

tuar en todos los ángulos de la organización de estos pueblos mestizos, ya que una labor unilateral no nos acarrea ningún beneficio como lo prueban muchos hechos realizados en pro del indio por ciertos gobiernos proteccionistas.

En que forma vamos a encarar el problema que es económico, social y educativo. Este problema quema nuestras conciencias y generación tras generación se han contentado con poetizar al indio y no llegar jamás a solucionar sus problemas en forma que beneficie en forma efectiva a esta masa humana que pasando de los 30.000.000 abarca a todo el continente de América, siendo agudo para los pueblos que han conservado mayoría india y por lo tanto junto a ellos se debe crear la nacionalidad, mancomunados en intereses e ideales para llegar a la "redención del hombre por el hombre" que a decir de W. Osler, es un ideal eterno.

La Protección Social a la Infancia, desplegada favorablemente en muchos países como Uruguay y Estados Unidos de Norte América, nos hace ver claramente que ese puede ser un nudo vital para desarrollar una labor idéntica en favor de nuestras grandes mayorías indias.

En todo momento debemos defender siempre al almácigo de la patria: el niño. Alrededor de este principio iremos a la organización política, social y económica que favorezca a todos los habitantes del país. Parecerá que exageramos al hacer este planeamiento pero revisando un poco lo que han hecho otros y lo factible en nuestro medio, pensando siempre y con toda emoción en nuestra mayoría india podemos llegar a conclusiones prácticas e ideales.

Protección del binomio madre-niño. El punto de partida para comenzar nuestra función social. Para ello habrán de crearse centros Materno-Infantiles en la Ciudad y el campo, atendidos por médicos especialistas. Leyes que ayuden económicamente a la madre y la familia existente. La madre no debe trabajar antes del parto y unos meses después del mismo. Una ayuda alimentaria de la futura madre para que su organismo tenga todas las reservas necesarias, de ese modo el niño desde su nacimiento será un eutrófico. ¿Cómo llegaremos hasta la madre campesina que se halla desparrajada en un extenso territorio que cuenta con malos caminos o no los tiene? Debemos iniciar un sistema de Posta Móvil, bien equipado contando con especialistas: médicos, matrona, enfermera y la visitadora o asistente social. En las poblaciones que tengan un número crecido de habitantes hemos de crear pequeños Dispensarios permanentes que centralicen el trabajo de toda la región. ¿Qué médicos irán a trabajar a estos centros rurales? Todo médico recién recibido debe cumplir como requisito indispensable a su titulación un trabajo de 1 año en el campo.

Crear una escuela de Enfermeras y Parteras rurales para que realicen su trabajo en el campo, educadas prácticamente para sa-

ber desenvolverse en cualquier circunstancia. Lo mismo se puede decir de un Escuela de Visitadoras Sociales quienes ponen en contacto directo al Servicio Médico con la población y ayudan a conocer más directamente todos los problemas económicos y sociales del asistido.

Durante el período de lactancia debemos seguir ayudando a la madre y vigilando la salud del niño. El peso y la talla nos darán la pauta. Atención gratuita y organizada, debemos conservar y mantener la eutrofia, bien sabido es de los pediatras que cualquier enfermedad del niño es producto de la distrofia. Mala alimentación incapaz de sostener las exigencias de ese organismo en formación. No debemos abandonar al niño en ningún momento.

Llegado a la edad preescolar es necesario comenzar a inquietar su espíritu. Creando Jardines de Infantes donde se movilizan sus músculos y aguzan sus sentidos. Comenzar a conocer sus inclinaciones y tratar de comprender lo que lleva dentro suyo.

Llegamos a la edad escolar: el niño de la ciudad asistirá a escuelas mixtas y únicas sin distinción de clases ni raza, para que convivan a diario los indios y los blancos.

No sólo debemos hacer estudios psicopedagógicos para conocer el grado mental, tenemos que educar de acuerdo a ese conocimiento. Ya que por circunstancias psicosomáticas algunos niños precisan un tipo de educación especial. Crear Escuelas para tal objeto. La enseñanza obligatoria y por el Estado. El niño no debe trabajar. Para ello crear una economía que permita a los padres sufragar los gastos que puede demandar y no, como en la actualidad que el niño trabaja para ayudar a los padres que tienen entradas pequeñas para su mantención. El derecho de la instrucción de todos los niños.

En este período debe ser vigilada la salud del niño y protegido contra el contagio de la Tuberculosis. Si procede de padres enfermos aislarlo en Escuelas al aire libre y por un tiempo prolongado y lo mismo si es enfermo.

Ayudar a la convivencia en grupo, sacándole de la calle donde amistades peligrosas pueden perder una vida. Creación de Clubes de Niños que cuenten con juegos y otras distracciones, donde el niño pueda asistir y no permanecer en la calle, donde está generalmente por la estrechez de su vivienda.

Llegar por medio de la Visitadora Social para conocer a los padres quienes pueden ser alcohólicos o viciosos, tratando de mejorar las condiciones morales del hogar para que ese no sirva de mal ejemplo.

La acción social debe llegar al blanco, y que sus posturas y opiniones crean complejos en el alma del niño indio y proletario, haciendo de este más tarde un rencoroso.

Si el niño llega a caer en manos de la Justicia, hacer que ésta

no sea la Común, si no especial Legislación y Tribunal por medio de hombres dedicados al niño. Al niño no se debe castigar sino educar. Sólo después de determinada edad, los 18 años, podemos dejar que al niño se le trate como a un hombre desarrollado. Mayor cuidado vamos a tener con el niño indio cuya mente vive en un mundo más irregular por las tristes condiciones del medio en que se desarrolla, por la falta de educación de su hogar y los prejuicios que le han creado. No olvidemos que el indio fué bueno y noble, su conquistadores le hicieron tímido, huraño y desconfiado.

En el período de instrucción debemos velar por todos aquellos que no han recibido de la naturaleza todos los dones que tiene el hombre. Velar por la educación y adaptación a la sociedad del ciego, sordo mudo, del lesionado cerebral. del lesionado del sistema osteo-muscular, es una función que no podemos ni debemos olvidar, por intermedio de Escuelas especiales. Igualmente podemos decir al hablar de las secuelas de la Poliomielitis que deja al niño disminuído en sus funciones. Desde ya, iniciarnos en la lucha contra esta enfermedad por medio de la vacunación que ya inició su acción.

La desnutrición del niño ataca el organismo de éste creando transtornos que dificultan su buen desarrollo físico y psíquico. Hay que crear un ambiente económicamente estable y bonansible para todo el país.

DO ELEMENTO PREVISAO NA CRIACAO DE PEQUENAS MATERNIDADES DE INTERIOR

Pelo Dr. Randoval Montenegro

(Brasil)

E tão grande a importância das maternidades no sistema orgânico de proteção à infância que parece estar sempre justificada qualquer iniciativa que tenha como objetivo aperfeiçoar suas características técnicas.

Este artigo destina-se principalmente a proporcionar um elemento de trabalho para os médicos do interior ou outras pessoas que se encontrem em face do problema concreto de planejar uma maternidade. Destina-se também aos alunos da classe especializada do Curso para Médicos Puericultores do Departamento Nacional da Criança (Brasil).

As idéias aqui expendidas são, em linhas gerais, as mesmas adotadas pelos técnicos do Departamento Nacional da Criança em sua missão orientadora de todos os serviços de proteção à infância no país. São, igualmente, as que se ensinam nos cursos daquele Departamento.

Falta-lhes, portanto, qualquer sentido de originalidade, salvo no que diz respeito à sua apresentação que procuramos fazer de maneira ordenada e didática.

A assistência à maternidade é um corolário de qualquer programa geral de proteção à infância. Estão de tal modo articulados os interesses entre mãe e filho que não se pode pensar em separá-los. Há um período em que a proteção da criança se obtém através do ser materno em cuja profundidade ela pulsa e desabrocha para a vida. Há um período em que a expectativa do filho é ainda um projeto e, no entanto, a proteção a essa criança já entra nas cogitações do puericultor. Esse é o espírito da assistência à maternidade no caso específico dos programas de assistência à infância. Isso sem levarmos em conta os fatores de ordem moral, social e emocional que dão a essa assistência um lugar de destaque no consenso geral como expressão de solidariedade humana.

2. — **Conceito de maternidade.** — Sob esta denominação estão compreendidas duas coisas de sentido diferente. Uma é a função que marca o transe biológico da mulher ao ser mãe. A outra é a instituição destinada a servir especialmente à mulher nesse transe.

Como instituição, a maternidade é um serviço que tem como atribuição mínima recolher parturientes e dar-lhes assistência hábil no parto e no sobre-parto, dispensando ao nascituro os cuidados iniciais. Geralmente, tem-se como correto que a permanência da puérpera na maternidade deve estender-se, pelo menos, até o momento da queda do coto umbilical do recém-nascido, o que se dá pelo sexto ou sétimo dia. Há, entretanto, uma tendência em certos meios para encurtar esse período de internamento, admitindo-se que a mulher desde o segundo dia já se encontre em condições ambulatorias, possibilitando desse modo uma alta mais precoce.

As atribuições da maternidade podem ampliar-se visando aspectos sanitários e sociais de maior alcance, indo ao encontro de problemas que ocorrem muito antes do parto, atuando seja através de assistência médica ou médico-social, ambulatoria ou mediante internamento; seja através de medidas de proteção social para resguardar a gestante dos efeitos desagradáveis de um meio social especialmente hostil, como acontece algumas vezes.

A importância da maternidade como instituição resulta principalmente de sua condição como unidade básica de todo o sistema de proteção à mulher no ante-parto, no parto e no após-parto. Nela se apoiam todas as atividades do consultório pré-natal (C. P. N.), dos serviços de assistência obstétrica domiciliar (A. O. D.) e dos médicos e parteiras na prática privada. Não se pode deixar também de considerar seu papel como centro de formação, treinamento, aperfeiçoamento e especialização de médicos, parteiras, enfermeiras e auxiliares interessados nas operações de seu ramo específico de atividade.

Ainda a propósito do conceito de maternidade há um aspecto cuja discussão parece oportuna aqui. É o que se refere a questão de considerar-se ou não essa instituição como um hospital. Alguns optam pela negativa e se baseiam em uma preliminar apoiada em razões de ordem estritamente filosófica. Consideram a função da parturição como um processo fisiológico. Ela pode ser patológica; geralmente, porém, é sadia. O parto e o sobre-parto são fenômenos normais. Assim sendo, a maternidade não deve ser considerada como um hospital, senão como uma organização para-hospitalar.

Como ventagem de ordem prática, assinala-se a de criar um clima psicológico favorável às mães e outras pessoas interessadas, que devem ver na parturição um fato natural sem as implicações desagradáveis dos outros estados que requerem assistência hospitalar. Pensa-se em criar e alimentar assim um certo espírito de otimismo em face dos momentos críticos da mulher relacionados com o ato da parturição.

Essa maneira de ver pode ser refutada. É, desde logo, discutível seu conteúdo prático. A função de ser mãe, dadas sua posição no ciclo biológico da mulher e suas conseqüências para a felicidade humana, ela mesma cria e anima um clima moral favorável, dispensando, portanto, a rigidez dos conceitos calcados em razões filosóficas que criam um artificialismo teórico, contrariando às vezes a lógica e o bom senso.

Ê sã a mulher no parto ou no puerpério? Tão sã como um indivíduo que sai de uma mesa de operação depois de reduzir uma hérnia, extrair um apêndice, um cisto ou, mesmo, um pedaço de estômago. Esse indivíduo pode, tanto como uma parturiente, ir para a mesa de operação em estado de urgência ou em perfeitas condições de saúde. A diferença seria pequena. Apenas, em um caso, trata-se de um fato habitual; no outro, é um fato eventual.

No puerpério ou no pós-operatório é idêntica a situação física. Há tecidos desgarrados em esforço de reparação; há energias gastas em fase de recuperação; há uma fragilidade orgânica especial que aumenta a suceptibilidade às causas morbígenas; há o perigo das complicações cirúrgicas em igualdade de condições com o das complicações obstétricas, representados uns e outros pelos trombos, as embolias, as hemorragias, as infecções, etc. Há, finalmente, a necessidade de cuidados especiais, assistência adequada, repouso e dieta própria.

Do ponto de vista técnica, a técnica empregada em uma maternidade ou em um hospital geral é da mesma natureza. Idêntico é o material específico, pelo menos quanto a seu caráter: material médico, material cirúrgico. Equivalentes, em linhas gerais, são os tipos de organização em um e outro caso.

3. — **Previsão.** — Estudamos este elemento em dois tempos. No primeiro, nosso trabalho constará de levantamento de dados,

análise e crítica. No segundo, já temos que antecipar-nos ao planejamento realizando estimativas que nos proporcionarão as medidas da empresa e suas expressões quantitativas de conjunto e de cada uma de suas partes. Estamos, então, na linha divisória da previsão com o trabalho organizador.

I — Levantamento. — Ter-se-á o cuidado de afastar o mais possível o elemento incerto, deixando-lhe sempre uma certa margem para que seus efeitos não venham a prejudicar a obra planejada. Quanto mais minucioso e completo fôr o trabalho de levantamento, mais reduzida será a possibilidade de manifestação do elemento incerto. De um lado, é preciso evitar que a obra seja insuficiente ou excessiva para sua finalidade; e de outro, que ela venha a falhar por falta de sentido de propriedade ou de oportunidade.

Vários elementos se inscrevem entre os que devem ser pesquisados no trabalho de levantamento. Os dados de população têm muita importância. Anotar-se-á o número de habitantes dado pelo último censo assim como o dos censos anteriores. Ainda sobre população, dever-se-á registrar a existência, vulto e localização dos adensamentos com a respectiva composição no que se refere ao número de homens, mulheres e crianças.

Indispensável também é o conhecimento dos fatos vitais, seja, o número de casamentos, nascimentos e óbitos, inclusive os registrados em épocas anteriores. Na paróquia local encontrar-se-ão dados muito úteis referentes ao batistério. É um meio de completar os dados referentes ao registro de nascimentos, geralmente falhos.

Os dados sobre obituário fornecidos pelo cartório serão comparados com os obtidos mediante inspeção do cemitério ou cemitérios locais ou próximos. Ver-se-á se os enterramentos são feitos com guia do escrivão. Além disso, é preciso verificar se não existem cemitérios clandestinos, campos de enterramento ou outros lugares onde os sepultamentos possam ser feitos sem as formalidades da lei.

Passamos, então, ao levantamento dos recursos da comunidade, obras congêneres, locais ou nas proximidades, recursos econômicos, disponibilidade em pessoal técnico, possibilidades da área ou áreas utilizáveis para a construção.

Análise e crítica. — Uma vez obtidos os dados do levantamento, vamos analisá-los. Os dados populacionais são de grande utilidade. Teremos assim uma idéia do número de habitantes e, indiretamente, do número provável de pessoas às quais a obra se destina. As características de estabilidade ou de flutuações da população, inclusive seu crescimento devem ser levados em conta. Fixaremos, depois, os fatos vitais de maior interesse e levantaremos os coeficientes de natalidade, nupcialidade e mortalidade.

Os dados populacionais e os fatos vitais serão comparados aos obtidos em períodos anteriores. Com isso, podemos fazer estimati-

vas sôbre o crescimento futuro da população e, por conseguinte, sôbre a variabilidade dos termos do problema em aprêgo.

O estudo dos coeficientes de mortalidade infantil, de natimortalidade e de mortalidade materna indicará certamente o tipo de obra mais urgente e mais necessária. Se forem elevados os coeficientes de mortalidade materna (MM). (+ de 5 por mil), isso indica a necessidade de instituir-se um serviço capaz de proporcionar melhor assistência intra-parto, seja uma maternidade. Os coeficientes de mortalidade infantil (MI) estão mais relacionados com o problema dos postos de puericultura, a menos que seu estudo demonstre uma mortalidade neonatal elevada, caso em que a necessidade de uma melhor assistência intra-parto (maternidade) se torna indiscutível. Neste mesmo sentido devem ser tomados os coeficientes elevados de natimortalidade (NM).

Em qualquer caso, o puericultor deve ter sempre presente que o posto de puericultura é, no campo da assistência materno-infantil, o tipo de unidade mais econômica e de rendimento social maior. (Para os leitores não brasileiros, devemos esclarecer que o posto de puericultura constitui um tipo de unidade adotado no Brasil, com capacidade prevista para atender grupos populacionais até 10.000 habitantes. Estas unidades constam de 4 secções: consultório de higiene infantil, consultório pré-natal, lactário e serviço social. O lactário não tem aqui nenhuma identidade com o que se entende por êsse nome nos países sulamericanos de língua espanhola. Lactário, no Brasil, é o serviço que se encarrega de fornecer alimento artificial para lactantes e consta de três subsecções que são as de esterilização, preparo e distribuição. Os lactários fornecem leite em natureza, evaporado ou em pó e dispõem de atendentes especializadas que orientam as mães, inclusive ensinando-lhes praticamente na cozinha da secção como devem preparar o alimento dos filhos. Os postos de puericultura estão definitivamente consagrados pela experiência brasileira como as unidades mais econômicas, maneáveis, eficientes e de mais alto rendimento social. Em poucos anos, já construimos mais de 1.000 dessas unidades que continuam a levantar-se ativamente por todo o país).

Se uma localidade que pretende possuir uma maternidade ainda não estiver provida de seu posto de puericultura, a prioridade deve ser dada a êste ou, estão, orientar-se-á o puericultor no sentido de serem instituídas as duas unidades ao mesmo tempo, o que pode ser conseguido de forma muito conveniente através de uma obra comum, bastante econômica. É suficiente dotar a maternidade de um lactário e de um consultório de higiene infantil, já que o consultório pré-natal não poderá deixar de figurar em uma maternidade bem planejada, embora modesta.

O estudo dos adensamentos indicará a possibilidade de localização da maternidade em um ou outro ponto preferencial.

O exame dos recursos da comunidade é indispensável. Ver-se-á a possibilidade de utilizar serviços já existentes. Se há uma casa de saúde estabelecida com objetivos comerciais, veremos se não haverá vantagem em reservar-se ali um certo número de leitos para a clientela que desejamos assistir. Examinar-se-á também a possibilidade de utilizar serviço existente em localidade próxima. A primeira questão que deve preocupar o puericultor é saber se realmente é necessária a obra solicitada ou se não seria mais conveniente propor a criação de obra de outro tipo. Se a maternidade é para ser mantida pela própria comunidade, então é necessário fazer um estudo das disponibilidades econômicas existentes para esse fim. Veremos, em seguida, se é possível contar com o pessoal técnico em qualidade e número na medida das necessidades. Precisamos de médicos especializados, parteiras, enfermeiras e auxiliares, laboratoristas, etc. Cumpre estudar também a possibilidade de trazer de outra parte esse pessoal ou de aproveitar elementos no próprio local. Isso é importante, devendo notar-se que a questão pode apresentar-se posteriormente com caráter insolúvel. Há localidades nas quais, por um motivo ou por outro, quase nunca se consegue fixar um médico. Há mesmo notícia de obras que não chegaram a funcionar, depois de aparelhadas materialmente, pela impossibilidade de conseguir-se pessoal técnico para seu serviço.

Se há imóveis a disposição da obra, é necessário estudar-lhes as características. Se há terrenos disponíveis, ver-se-á se estão convenientemente situados e se têm extensão suficiente para as dimensões mínimas necessárias. A perspectiva de aproveitar os serviços gerais de um hospital local não devem ser desprezadas (maternidades anexas).

II — **Estimativas.** — Uma vez feito o balanço dos dados e resolvida a criação da maternidade, o primeiro passo, antecedendo ao respectivo planejamento, será a estimativa da capacidade necessária em face do caso concreto. Nosso ponto de partida será o número de nascimentos (nascidos vivos + nascidos mortos) na localidade ou área de ação. Como vimos, trata-se de dados cuja exatidão não é fácil de obter. Por isso, devemos cotejar sempre as cifras de nascimentos obtidas no cartório com as de batizados proporcionadas pela paróquia (igreja ou igrejas existentes na área, de qualquer credo). Esse confronto poderá proporcionar-nos uma orientação razoável. O registro de nascimentos é geralmente falho porque apenas certo número de nascidos vivos é levado ao registro civil. Os dados de batistério são mais fiéis. Quanto aos nascidos mortos, deve levar-se em conta que seu registro, em geral não corresponde à realidade porque muitas crianças que nascem vivas e morrem pouco depois são registradas apenas uma vez, isto é, são registradas como natimortos. Do ponto de vista prático, entretanto, esse detalhe não importa muito para a solução do nosso problema

de planejamento. O que é necessário considerar, no caso, é o número de nascimentos, seja, a soma das cifras relativas às duas coisas: ao número de nascidos vivos (que deve ser conferido com o registro paroquial de batizados) mais o número de nascidos mortos, que deve existir obrigatoriamente no cartório, não apenas no livro de registro mas também nas 2as. vias dos atestados de óbitos, que devem ser sempre examinadas e contadas.

Além disso, pelo estudo do número de nascimentos em períodos anteriores, é possível fazer estimativas sobre suas tendências ou flutuações nos anos subseqüentes. Isso é importante porque a obra deverá estar em condições de ajustar-se a essas tendências ou flutuações.

Partindo, pois, do número provável de nascimentos, vamos calcular o número de leitos que serão necessários e a respectiva distribuição dentro do plano de trabalho da maternidade.

A) **Leitos para puérperas.** — Compreendem os que se destinam às puérperas sãs e os do isolamento. Os primeiros constituem 85% do total de leitos para puérperas, ficando, assim, 15% desse total para os casos de isolamento. Esse critério de separação está de acordo com as estatísticas mais exigentes de morbidade por infecção puerperal (10%) dando-se uma margem de 5% para as flutuações. Aliás, é necessário contar também com as infectadas de fora, assistidas fora da maternidade, e, mais, com os casos de aborto infectado.

As avaliações de técnicos, obstetras e puericultores, indicam que a provisão de leitos deve ser feita à razão de 1 para cada 26 parturientes e por ano, aproximadamente. Vejamos como se chega a esse resultado. Sabemos que uma parturiente permanece 7 dias, em média, internada na maternidade. Essa permanência decorre, naturalmente, da praxe adotada na maioria das clínicas de conceder alta depois da queda do cordão umbilical do nascituro, o que acontece, geralmente, no fim desse prazo, um dia antes ou depois. No entanto, convencionou-se conceder, para efeito de cálculo, valores médios mais altos, levando em conta os casos que permanecem mais tempo na maternidade por vários motivos. São as complicações do parto, as dificuldades do nascituro, certos problemas de ordem social, etc. que podem determinar, em certos casos, uma dilatação do internamento fazendo baixar os valores médios de rendimento dos leitos. Há também que prever as flutuações da procura, que podem ser de amplitude variável, mais acentuadas, porém, nas maternidades pequenas (lei dos grandes números). Uma maternidade não terá ocupado permanentemente o mesmo número de leitos, porque o movimento de parturientes está sujeito a oscilações. Há, mesmo certas épocas do ano, em relação com várias festas cíclicas, em que o número de nascimentos tende a avolumar-se. O número médio de parturientes que devem ocupar uma maternida-

de em um dado momento é um valor abstrato, baseado no movimento anual; portanto, não se pode esperar que seja um valor exacto; é apenas um valor médio, sujeito, por isso, a oscilar em um ou outro sentido. Nossa previsão em excesso, por isso mesmo, visa evitar dificuldades nos momentos de intensificação de procura. Baseados nisso, tomamos 14 dias (dôbro da permanência habitual) como tempo de permanência, para efeito de nossos cálculos, de cada parturiente na maternidade. Cada leito, portanto, poderá ser utilizado, em 365 dias, por 26 diferentes puérperas, resultado a que se chega por uma simples conta de dividir:

$$365 \div 14 = 26.$$

A isso podemos chamar de rendimento do leito-ano. Por esse número (26), dividiremos o número médio de nascimentos na área ou localidade e obteremos assim o total de leitos que deverão ser providos para as puérperas da maternidade. Suponhamos que o levantamento indicou um número de nascimentos igual a 1.000, o que pode ocorrer em uma população de 25 mil habitantes. A divisão proporcionará imediatamente o número de leitos que desejamos conhecer:

$$1.000 \div 26 = 38.$$

Convém não esquecer que, se a população está em crescimento, o número de nascimentos, dentro de alguns anos, deverá provavelmente sofrer alterações para mais. Assim, a capacidade da obra, necessariamente, acompanhará esse crescimento. As estimativas feitas indicarão, pois, o número de leitos que serão acrescentados aos leitos constantes do cálculo acima. Vamos dizer que a população, pelas estimativas feitas, deverá ser de 20% maior no fim de 5 anos. Aumentamos ao número de leitos já calculados esse percentual:

$$38 + 20\% \text{ ou } 38 + 8 = 46$$

Teremos, então, uma provisão de 46 leitos para puérperas, cifra com que poderemos fazer face ao crescimento provável da clientela nos 5 anos seguintes. Está claro que, no plano arquitetural, dever-se-á também deixar uma margem para aumentos futuros.

Deduções. — Algumas correções ainda têm de ser feitas no total de leitos para puérperas. O motivo é que estamos fazendo os nossos cálculos contando com a participação de tôdas as parturientes da população, o que não se verifica na prática e isso por motivos diversos:

a) **Pacientes que dispensam o serviço da maternidade.** — As

parturientes de recursos, geralmente, dispensam os serviços gratuitos da maternidade. Se há uma casa de saúde a que possam acorrer, aí se instalam quando vão ter o filho. Em outros casos, procuram serviços de localidades mais adiantadas ou, mesmo, permanecem na própria casa. Impossível prever com exatidão o número dessas pessoas. No meio brasileiro, podemos dizer que 20% serão um percentual razoável, embora sujeito a variações perfeitamente compreensíveis. Em muitos casos, o mais recomendável será não descartar essa parte da população dotada de maiores possibilidades econômicas e dedicar a ela um certo número de leitos remunerados em instalações especiais na própria maternidade. São leitos destinados a fornecer renda e podem constituir uma ajuda valiosa para a manutenção da obra.

b) **Pacientes atendidas pelo serviço de assistência obstétrica domiciliar (A.O.D.).** — Há um certo número de pacientes que, por um motivo ou por outro, deixam de recorrer ao serviço da maternidade, embora não sendo pessoas de recursos. Mister é reconhecer que muitas mulheres não podem abandonar o lar, mesmo nesses poucos dias que dura um internamento em maternidade. Sua presença no lar é necessária para evitar-lhe a desintegração. Mesmo acamada, em casa, pode tomar muitas providências importantes, além de constituir um fator de coesão da família que pode seguir sua rotina sem a menor interrupção. Isso é um fato repetido por todas as pessoas que se ocuparam de estudar esse assunto, como médicos, parteiras, assistentes sociais, etc.

As estatísticas feitas, mesmo em cidades adiantadas e com excelentes recursos assistenciais, indicam que mais da metade de todos os partos ocorrem fora das maternidades (*). Partindo desse cálculo, podemos considerar uma parte da população, correspondente a 30%, a qual é possível assistir no próprio domicílio com uma equipe da maternidade, através do serviço de assistência obstétrica domiciliar (A.O.D.). Muito embora a prática desse serviço não constitua, do ponto de vista qualitativo, um ideal de política assistencial, devendo antes ser olhado como uma etapa intermediária no desenvolvimento dos padrões assistenciais para fases mais avançadas — ele vale por sua significação como medida sanitária em face do estado socio-econômico de muitas regiões com uma política assistencial primitiva agravada por elevados coeficientes de mortalidade infantil, de natimortalidade, de mortalidade neonatal e, mesmo, de mortalidade materna. A A.O.D. constitui um meio capaz de levar aos grupos menos afortunados — e geralmente mais numerosos — um padrão de assistência que, se não é dos melhores,

(*) Fred F. Carter, presidente da Amer. Hosp. Ass., estima em 68 o número de leitos de maternidade para uma população de 100.000 habitantes (The Modern Hospital).

pelo menos é muito melhor do que aquêle que lhe proporciona a realidade sanitária vigente.

Nas maternidades do interior, onde quer que as possibilidades técnicas e econômicas não correspondam ao vulto e extensão dos respectivos problemas específicos em matéria de assistência maternal, o serviço de A.O.D. pode chamar a si uma grande parte dos encargos existentes, mesmo em condições técnicas modestas, abaixo do que geralmente se exige para efectivação desse tipo de assistência. Nesse caso, a colaboração do consultório pré-natal (C.P.N.) é de grande valia.

c) **Pacientes atendidas em outros serviços.** — Além dos casos já citados, há que pensar nas deduções que devem ser efectuadas quando, em um hospital geral, houver leitos gratuitos para parturientes. Essa verificação não deve deixar de ser feita, atendendo-se a que os leitos providos em excesso geralmente não são bem aproveitados, agravando-se assim o custo de manutenção da obra sem proveito para solução dos problemas que ela se propõe resolver.

B) **Leitos para recém-nascidos.** — O número de leitos do berçário deve equivaler ao de puerperas (sãs e infectadas) ou ser ligeiramente menor, como propõe Correa da Costa. Os casos de gêmeos e os de mortalidade materna poderiam contribuir para fazer predominar o número de recém-nascidos sobre os de parturientes. A esses casos, porém, temos de opor os de parturientes sem filhos, que são, geralmente, em maior número: casos de natimortalidade, neomortalidade precoce e aborto.

Não devemos deixar de considerar a possibilidade de aplicação da técnica do *rooming-in arrangement* ou *rooming in plan* que continua ganhando muitos adeptos por toda parte. Essa técnica consiste em manter a criança em companhia materna desde o primeiro momento, em leitos próprios, porém, juntos. O curioso é que a que a invenção dos berçários de autoria, segundo Mc Bride, de enfermeiras, parteiras e pediatras e que data do fim do século passado, teve como motivo a necessidade de combater a elevada incidência de infecção materna e infantil nas maternidades.

Sessenta anos mais tarde, a técnica, munida de novas armas e de novos conhecimentos, volta-se contra sua antiga afirmativa e proclama a necessidade de evitar o berçário exatamente com o objetivo de prevenir as infecções.

Moloney, em 1947, aproveitando a publicidade feita sobre uma epidemia em recém-nascidos ocorrida no Estado de Pensilvânia, procurou convencer seu pessoal da vantagem de adotar o novo regime. Assim, conseguiu êle, em 3 anos, atender a mais de 2.000 crianças. Fazia-se o banho na sala de parto e daí seguia o recém-nascido em um berço de rodas para junto da mãe. A permanência na maternidades era de 1-10 dias; em média, 5-6 dias.

Dentre 2.067 crianças, apenas 225 (10%) não puderam permane-

cer junto à mãe, por motivos diversos. Vejamos a relação das causas que impediram o rooming in em relação a essas 225 crianças.

1 — Causas maternas:

Toxemias	52	casos	
Infecção materna	51	"	
Parto Cesáreo	17	"	
Hipertensão essencial	4	"	
Hemorragia do após-parto	2	"	
Miscelânea	45	"	171

2 — Causas ligadas à criança:

Infecção	5	casos	
Muco excessivo	13	"	
Parto laborioso	8	"	
Mãe Rh negativa	11	"	
Traumatismo cerebral	3	"	
Malformações	8	"	
Miscelânea	6	"	54
Total ..			225 (10%).

A experiência foi feita adotando-se vários tipos de alojamento. Um dos alojamentos era provido de leitos para 8 binômios; dois abrigavam 2 binômios; havia uma secção com 3 binômios e 11 quartos de 1 binômio cada um. O resultado foi idêntico em todos os tipos de alojamentos. Nos comuns de 8 leitos as mães não reclamavam contra os filhos das companheiras de secção. Nestes alojamentos a incidência de infecção não foi maior do que nos quartos privativos.

Várias vantagens puderam ser observadas. Depois de 24 horas a mãe está geralmente em condições de tratar do filho, dispensando, portanto, o trabalho das enfermeiras, salvo para cooperar. A puerpera não é obrigada a tratar do filho, mas quase tôdas preferem fazê-lo.

A enfermeira exerce apenas vigilância.

O esquema de amamentação corre mais regularmente, sendo maior a percentagem de crianças amamentadas ao seio ao deixarem o serviço da maternidade. Houve redução na incidência de infecção.

Várias são também as vantagens para a mãe. De ordem moral e psicológica, traduzidas na satisfação e no prazer que a nova técnica proporciona. Acostuma-se logo com o filho. Não tem as preocupações habituais da fase de segregação, quanto a fraldas úmidas, espirros, etc. O pai também é influenciado. Começa cedo a interessar-se pelo filho.

O rooming-in não exclui completamente a existência de berços não precisam ir além de 10%, mais ou menos, dos leitos providos

para puérperas. Serão utilizados quando não houver condições para permanência do filho junto à mãe.

C) **Leitos para os casos suspeitos de infecção e para as doentes graves.** — Os casos suspeitos são, às vezes, mais difíceis de lidar do que os de infectadas ou de sãs porque repelem a estes e àquêles. Se o suspeito está infectado, há o perigo de contaminar o sã; se está sã, corre o perigo de contaminar-se na companhia dos infectados.

Nas pequenas maternidades de interior, o melhor é não prover leitos para os casos suspeitos. No planejamento das unidades, destacar-se-á certo número de leitos isolados em cubículos individuais para fins variados. Normalmente, serão ocupados pelas puérperas nos dois ou três primeiros dias. Findo esse prazo, elas passarão para os leitos comuns, se estiver tudo bem. Caso se manifeste infecção, serão então passadas para o isolamento. As pacientes em estado grave poderão aproveitar esses leitos enquanto deles necessitarem. Do mesmo modo, as suspeitas, até que se esclareça a situação. Essa inovação permite resolver praticamente vários problemas ao mesmo tempo. Trata-se de solução adotada com êxito em maternidades inglesas, segundo G. Lessa.

D) **Leitos para gestantes.** — Mulheres grávidas procuram, às vezes, internar-se nas maternidades por motivos de ordem médica. Outras vezes, porém os motivos são de ordem social. Não parece justo o internamento de qualquer pessoa em instituição criada com finalidade médica para atender o problema social de qualquer espécie. Os leitos hospitalares estão quase sempre numericamente abaixo das necessidades. Além disso, é dispendiosa sua manutenção. Ocupá-los, portanto, com pessoas cujos problemas médicos dispensam internamento é privar de assistência adequada outras pessoas realmente necessitadas desses leitos. Os motivos de ordem social devem conduzir as pessoas interessadas para as instituições destinadas exclusivamente a esses fins, como são, em nosso caso, os chamados abrigos de gestantes, instituições simples, de manutenção bastante econômica. Os leitos hospitalares prestam bons serviços e, quando bem aproveitados, podem salvar muitas vidas, principalmente entre gente da classe pobre e, mesmo, de qualquer classe em localidades de poucos recursos. Esses leitos devem ser liberados o mais depressa possível de maneira a atender sempre o maior número de pessoas dentre as que deles necessitem.

De qualquer maneira, convencionou-se prover um certo número de leitos para as gestantes com indicações de natureza médica e outro tanto para as que têm certas indicações de natureza social. Esses valores podem ser da ordem de 5% para cada uma dessas indicações. Não são valores rígidos. Em certas localidades de interior com uma clientela de área rural muito extensa, o número de leitos para gestantes deve ser mais alto porque, em muitos ca-

sos, as pacientes têm de adiantar-se à hora do transe por causa das dificuldades que têm para transportar-se de suas casas para a maternidade, pela distância ou pelos acidentes do terreno. Em tais casos, os leitos para gestantes podem ir até 20% do total calculado para puérperas, sem, entretanto, interferir no número destes.

Como princípio, cumpre evitar com empenho que se ampliem os internamentos por motivos de ordem social sob pena de transformar-se a maternidade em um pensionato em detrimento de gestantes que dela dependem para proteger a própria vida e a do filho. "As gestantes hospitalizadas para repouso, de direito, deviam ir para um abrigo de gestantes" (Clovis Correa da Costa).

E) — **Leitos para pacientes de ginecologia.** — Não parece indispensável em uma pequena maternidade de interior a existência de leitos para esse fim. Muitos casos podem ser atendidos com as disponibilidades dos leitos reservados para as gestantes de causas médicas. Em maternidades maiores ou de mais recursos, alguns leitos podem ser reservados para as pacientes de ginecologia, podendo seu número ir até 20% do total calculado para puérperas, sem contudo importar em redução desse total.

Resumo. — A previsão é dividida em duas etapas. Na primeira, consiste no levantamento de dados para o planejamento; na segunda, faz as estimativas que dão as medidas do trabalho a ser observado na fase de planejamento.

Nosso levantamento abrange vários pontos de importância tais como os dados de população e os fatos vitais, uns e outros, capazes de indicar a extensão e certas características do problema que se pretende resolver, inclusive suas tendências. Os coeficientes de mortalidade materna, de natimortalidade e de mortalidade neonatal indicarão se a criação da maternidade é ou não uma medida necessária ou se se deve dar preferência a outro tipo de obra. Há ainda o estudo dos recursos da comunidade que indicará se há possibilidades materiais e de pessoal para manutenção do empreendimento.

A estimativa do número de leitos basea-se no número de nascimentos anuais (NV + NM). A maternidade será provida de 1 leito para cada 26 parturientes anuais prováveis, isto para puérperas sãs e infectadas, na razão de 85% para as primeiras e 15% para as segundas. Se a população estiver em crescimento, a esse número de leitos tem-se de acrescentar o que corresponde ao aumento de nascimentos em 5 anos. Algumas deduções têm de ser feitas. Trinta por cento para os casos que podem ser atendidos em casa (A.O.D.); mais ou menos 20% para as pessoas que dispensam serviços gratuitos.

Os leitos para gestantes serão em número que corresponda até 10% do total calculado para puérperas, podendo ir até 20% no caso de clientela predominantemente de zona rural. Os leitos

para ginecologia poderão ser dispensados em pequenas maternidades de interior. Em maternidades mais completas podem ir até 20% do total calculado para puérperas.

PROBLEMA. — Para melhor compreensão do texto e de sua aplicabilidade, figuremos um caso concreto com os seguintes dados: Trata-se de uma população de 25.200 habitantes, na qual o levantamento procedido indicou uma cifra média de nascimentos aproximada de 1.000 por ano. Cinco anos antes essa população era de 21.000 habitantes.

Não existe casa de saúde. Há, entretanto, um hospital geral (Santa Casa) com 8 leitos para puérperas. A maioria dos habitantes vive na zona rural.

Pergunta-se quantos leitos deverão ser reservados para as puérperas sãs; quantos, para os quartos particulares; quantos para gestantes vive na zona rural.

Resposta.

1 — Leitos para puérperas:

a) Tomaremos $1/26$ do número de nascimentos, seja 1.000
 $\div 26 = 38$;

b) Como o crescimento da população foi de 20% nos últimos 5 anos, daremos + 20% para o total de leitos:

$$38 + 20\% = 38 + 8 = 46;$$

c) Subtrairemos então o número de leitos relativos às pacientes que têm filho em casa, com ou sem ajuda da A.O.D. São 30%.

Teremos:

$$46 - 30\% \text{ ou } 46 - 14 = 32.$$

d) Ainda teremos que subtrair daí o número de leitos que correspondem à Santa Casa, que são 8. Ficamos, assim, com 24 leitos para puérperas, que serão distribuídos da seguinte maneira: 20 para puérperas sãs (85%) e 4 para o isolamento (15%).

2 — Leitos para quartos particulares. Serão 20% de 46, ou 9 leitos.

3 — Leitos para gestantes. — Serão 20% dos leitos da maternidade (leitos de puérperas). São, pois, 20% de 24 ou 5 leitos para gestantes.

4 — Leitos para berçário: — O berçário, caso não adote a técnica do roming-in, terá $24 + 9$ leitos, seja 33 leitos, que representam a soma dos leitos para puérperas dos serviços gratuitos e dos quartos particulares. Com o rooming-in, seriam bastantes 10% desse total.

Resumo: A maternidade deverá ter:

20 leitos para puérperas sãs

4 leitos para isolamento

9 leitos para quartos particulares

5 leitos para gestantes

38 leitos de maternidades

33 leitos para berçário (ou 4 leitos, com rooming-in).

LA PROTECCION DEL NIÑO URUGUAYO EN SU FAMILIA BIOLOGICA

Por la señora Selenia Ponce de León de Pratts
(Estados Unidos - Puerto Rico)

Uruguay, país que ha avanzado extraordinariamente en todas las fases de su vida, y especialmente en lo que concierne a la protección del niño, se preocupa hondamente por el fortalecimiento y la conservación de la unidad familiar. Así se puede palpar, por las numerosas medidas que ha puesto en práctica, y las cuales comprenden todos los aspectos que directa o indirectamente atañen a la vida del niño en el seno de su familia.

Convencidos en Uruguay, de que el hogar es la fuerza de mayor potencia, en el desarrollo de la personalidad de los individuos, es pues, lo más acertado que todo su esfuerzo esté encaminado a ofrecer las máximas garantías, a la familias que por diversas razones necesitan del sostén del Estado.

El niño que se desarrolla en un hogar bien constituido, donde prevalece un clima emocional favorable, capaz de satisfacerle plenamente la apetencia de cariño, donde se le ofrece seguridad física, orientación espiritual, comprensión y buenos ejemplos, es un niño que tiene todas las posibilidades para desarrollarse en un individuo equilibrado y feliz.

Si fuera posible descubrir la fórmula para asegurarle a todo niño un hogar con todos estos ingredientes, habríamos logrado la mejor vacuna para prevenir los males sociales que acechan a la niñez.

No siendo fácil alcanzar este ideal, corresponde al Estado implantar todas las medidas que sus recursos le permitan para minimizar las deficiencias del hogar y del ambiente, que en una u otra forma puedan privar o limitar el desarrollo normal de los niños en la constelación familiar. El Estado, además, debe estar alerta para ofrecer oportunamente todos los servicios que contrarresten las influencias nocivas que en cualquier medio graviten sobre la vida de los niños.

Solamente así, se estará cumpliendo fielmente con los postulados en que se inspiran los países progresistas.

Un individuo que desde temprana edad ha estado abandonado de toda protección, batiéndose con la vida que se agita ferozmente en torno suyo, experimentando angustias y privaciones, con raras excepciones, no puede desarrollar sentimientos de lealtad a nadie ni a nada; no puede tener fe en una sociedad que lo desamparó; no puede albergar elevados ideales de convivencia social. Mas bien, puede ser un individuo lleno de veneno, difícil de reeducar aún con el mejor de los tratamientos que se le apliquen, e incapacitado para contribuir al progreso de su país. Por ello, todo el esfuerzo y recursos que el Estado invierta en proteger a sus ciudadanos desde la más temprana edad, será muy poco en atención a los logros que habrían de derivar de una ciudadanía bien adaptada y feliz.

En Uruguay, como se ha señalado, las nuevas corrientes de protección a la niñez han alcanzado un pleno desarrollo. El niño está protegido desde su gestación hasta la mayoría de edad (21 años). Cuando éste nace viene a un ambiente libre de prejuicios de toda índole, y tiene a su alcance las facilidades para el mejor aprovechamiento de sus disposiciones innatas y estímulos saludables para su formación social.

A continuación se señalan someramente, las medidas de protección y seguridad que el Estado ha implantado a los fines de conservar el niño junto a los suyos y para protegerlos contra las influencias nocivas para un mejor y mayor disfrute de la vida de familia y la vida colectiva.

Consejos de Salarios. — Los Consejos de Salarios fueron creados por ley el 12 de noviembre de 1943. Estos Consejos se componen de tres representantes del Estado, dos por los obreros y dos por los patrones, por cada empresa del comercio, la industria, oficinas y servicios públicos no atendidos por el Estado. La función primordial de los Consejos, es fijar el salario mínimo aplicable a cada categoría de trabajo sometida a su jurisdicción, tomando en consideración las condiciones económicas del lugar o país; el poder adquisitivo de la moneda; la capacidad o calificación del trabajador; la peligrosidad para su salud, de la explotación industrial o comercial, y el rendimiento de la empresa o grupos de empresas.

Según lo describe la ley, el salario mínimo es aquel que se considere necesario, en relación con las condiciones económicas que imperan en un lugar, para asegurar al trabajador un nivel de vida suficiente, a fin de proveer a la satisfacción de sus necesidades físicas, intelectuales y morales.

La experiencia ha demostrado que la hermosa finalidad que se perseguía con los Consejos se está cumpliendo cabalmente. Se ob-

serva marcado progreso en el nivel de vida de los trabajadores que se traduce en mayor bienestar para toda la familia.

Asignaciones Familiares. — En la misma ley que creó los Consejos de Salarios, se incluyó un seguro social que se denomina Asignaciones Familiares.

El propósito de esta medida es asegurar el bienestar económico de las familias en tal forma, que el salario del trabajador guarda mejor proporción con el número de hijos legítimos o naturales legalmente reconocidos o declarados judicialmente. También se incluyen a los niños que estén totalmente a cargo del trabajador, aún cuando no les unan lazos de parentesco.

La ley provee para que todo patrono de la industria, comercio y otras empresas, excepto la agricultura y el trabajo doméstico (existe el propósito de incluirles en la ley), aporte el 4% del salario mensual del trabajador a las llamadas Cajas de Compensación.

Las Cajas son los organismos que se encargan de poner en práctica el plan de Asignaciones Familiares. Existe un Consejo Central que supervisa y coordina las actividades de las diversas Cajas. El Consejo y las Cajas están compuestos por representantes en partes iguales de los obreros y los patronos y uno del Poder Ejecutivo.

Las Cajas conceden un beneficio mínimo de \$ 11. por cada hijo. Algunas Cajas asignan mayor beneficio, de acuerdo con su solvencia económica. El beneficio se extiende hasta que el niño cumple 14 años, pero si éste continúa estudiando se le prolonga hasta los 16 años. Los niños incapacitados totalmente para el estudio o el trabajo reciben la asignación hasta los 18 años de edad.

Los beneficios se conceden únicamente a los niños del trabajador cuyo sueldo o ingresos no excedan a \$ 300. pesos mensuales.

Las Cajas prestan, además, otros servicios de carácter médico social a las familias de los trabajadores tales como: cuidado prenatal, servicios materno-infantiles, odontológicos y servicio social. Para ello cuentan con personal y establecimiento propios.

Los beneficios que deriva el trabajador y su familia de las Asignaciones Familiares son un gran estímulo para la conservación de la vida de familia.

Viviendas Económicas. — El esfuerzo por mejorar las condiciones de vivienda en el Uruguay se remonta al año 1920.

El problema de las viviendas inadecuadas debe ser una de las mayores preocupaciones de todo país que aspira a su progreso cultural, material y moral. El factor vivienda está tan íntimamente ligado a la salud física y mental, la moral y el bienestar general de la familia y de la colectividad, que es responsabilidad del Estado, facilitar los medios para que la familias de limitados recursos económicos, puedan tener viviendas adecuadas, a tono con su capacidad económica.

El Instituto Nacional de Viviendas Económicas fundado en 1937, es el organismo que tiene a su cargo las actividades relacionadas con el mejor alojamiento de las familias de limitados recursos económicos. Algunos gobiernos departamentales y otros organismos autónomos han realizado varios proyectos de viviendas económicas.

El Instituto no ha contado con suficiente recursos económicos, para desarrollar un vasto programa de viviendas, y a la vez atender a las necesidades de conservación de las ya construídas.

Hasta el año 1953, el total de viviendas construídas sumaba 3.384, con un costo de inversión de \$ 26 millones de pesos, habiéndose beneficiado de las viviendas un total de 15 mil personas.

El promedio mensual de alquiler de las viviendas es de aproximadamente \$ 15 pesos. La selección actual de los inquilinos se hace entre las familias que tienen un ingreso no mayor de \$ 240 pesos

Recreación. — El empleo adecuado de las horas de ocio, es de vital importancia en la vida de todo individuo. El tiempo libre en que el individuo no halla estímulos saludables para la expresión constructiva de sus impulsos, puede transformarse en el tiempo esclavo, para encadenar pensamientos malsanos. Pensamientos que lo pueden conducir al vicio y a la degeneración, que en muchas ocasiones son causales de relaciones tirantes en el hogar y de la desintegración de la familia.

La Comisión Nacional de Educación Física creada en 1911, bajo el Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social, es la entidad que se encarga de dirigir, organizar y orientar la educación física y la recreación en todo el país.

La labor de la Comisión abarca entre otras, las siguientes:

1º La organización y dirección de la educación física en las escuelas públicas, incluyendo las dependencias de la Universidad del Trabajo y las del Consejo del Niño.

2º El contralor de los espectáculos públicos deportivos o ejercicios físicos.

3º La divulgación de la educación física y la recreación.

4º La organización y fomento de instituciones de cultura racional.

5º La instalación y supervisión de centros de recreos, parques y plazas de deporte, canchas de juegos, gimnasios, baños públicos y campos de tiro deportivo.

6º El adiestramiento y formación de profesores de educación física.

La Comisión cuenta, con un departamento médico que se ocupa de realizar los exámenes médicos a todos los niños antes de participar en la práctica de educación física y deportes. Si el examen médico general revela la necesidad de someter al niño a otros exámenes de médicos especialistas, éstos también se realizan en

el mismo departamento. Además se utilizan los servicios médicos del Ministerio de Salud Pública.

El servicio médico no solo se limita al estudio y prescripción del tratamiento de las anormalidades, que representan una absoluta contraindicación del ejercicio físico, sino que va dirigido hacia la conservación de la salud en general.

Clubes Juveniles. — El movimiento de la Juventud Agraria, que auspicia los clubes juveniles, se organizó por iniciativa particular, pero al igual que otras obras privadas que benefician al país, cuenta con la colaboración y el sostén del Estado.

Los Clubes tienen carácter educacional y recreativos, y aunque existen algunos en las ciudades, su principal objetivo es, fomentar en la juventud rural el amor a la tierra.

Estos ofrecen al joven, la oportunidad para desarrollar sus habilidades y encauzar sus intereses en forma provechosa, a la vez que le proporcionan los medios para la recreación sana y edificante. Todo lo cual es un gran incentivo para mantener al joven vinculado al medio rural y conservarlo en el ambiente familiar.

La labor de estos Clubes es doblemente valiosa. A la vez que contribuyen a enaltecer la vida rural conservándose sus virtudes y sus valores, evitan el éxodo innecesario de familias que se transplantan a la ciudad por los atractivos que ésta les ofrece.

Turismo. — La Comisión Nacional de Turismo es otro organismo que contribuye eficazmente a la recreación de las familias. Esta Comisión tiene a su cargo el desarrollo de actividades culturales, científicas y recreativas. Ella organiza exposiciones de arte, de producción nacional, científicas y folklóricas, excursiones a playas y a otros sitios de interés en el país y fuera de él.

El Código del Niño. — El Código del Niño aprobado el 6 de abril de 1934, marca una nueva era para el niño Uruguayo. Es una obra maestra que pone muy en alto el grado de cultura y civismo del país, y el nombre de las distinguidas personalidades que lo concibieron.

Las disposiciones del Código abarcan la protección del niño en todas sus aspectos: médico, pedagógico, social y jurídico, a través de todas las etapas de su vida hasta llegar a la mayoría de edad.

El Consejo del Niño es el organismo creado por el Código para poner en práctica sus disposiciones. Además, se ocupa de coordinar los trabajos de sus distintas divisiones con los de otros Ministerios Nacionales que tienen relación con la protección del niño, y de fomentar la iniciativa de organizaciones particulares que realizan obras en beneficio de la infancia.

El Código creó ocho divisiones técnicas: Prenatal, Primera Infancia, Segunda Infancia, Adolescencia y Trabajo, Higiene, Educación, Servicio Social y Jurídica.

Para fines de este relato solamente se hará referencia a la

labor de las Divisiones que tienen más relación con la protección del niño en el hogar propio, pasando por alto otra importante labor como la son los internados para niños con problemas especiales y la colocación familiar.

La División Prenatal, en su aspecto médico, está bajo el Ministerio de Salud Pública.

Las grávidas son atendidas en policlínicas o consultorios prenatales donde reciben atención médica de carácter preventivo o tratamiento cuando así lo requieren.

Se les ofrece alimentación, servicios sociales y toda la ayuda que sea menester, para asegurar en lo posible el nacimiento de un niño saludable.

La asistencia del parto se realiza en las maternidades o a domicilio. Cuando la asistencia de las grávidas es a domicilio, se les provee el material necesario para el parto, y para la prevención de la oftalmía purulenta del recién nacido.

Las madres que trabajan, tienen derecho a una licencia un mes antes y después del parto con el 50% de su salario. Si cumplido el término de la licencia, la madre no puede reintegrarse a su trabajo, por causas relacionadas con el parto y por recomendación médica no se le cubren los honorarios, pero no se le puede dejar cesante.

El niño prematuro, recibe atención especial en la Casa del Niño, dependencia de la División Primera Infancia. El niño es internado por el tiempo necesario y permanece bajo los cuidados de personal hospitalario, que pone todo su empeño y su ciencia al servicio de la vida del niño.

La División Primera Infancia es responsable de los niños de 0 a 3 años, la División Segunda Infancia de los 3 a 14 años y la División Adolescencia y Trabajo de los de 14 a 21 años. Las tres Divisiones desarrollan una labor similar en cuanto a sus finalidades, aunque los servicios varíen de acuerdo a las necesidades de las diferentes etapas de la vida de los niños.

El objetivo primordial de todos, es la protección del niño en los aspectos físico, moral, intelectual y social.

Para el tratamiento de los niños enfermos, las Divisiones utilizan los servicios del Ministerio de Salud Pública, para lo cual están debidamente coordinados.

La buena alimentación de los niños está asegurada a través de todo su desarrollo.

Los niños durante sus primeros seis meses de vida se alimentan con leche materna. El Lactario de la Casa del Niño provee gratuitamente, leche materna a los niños que la necesitan.

Los Consultorios Gotas de Leche distribuidos en diversas zonas de la Capital y en el interior del país prestan atención médica a todos los niños de la zona menores de tres años. A los niños de familias económicamente débiles se les provee alimentación para

una dieta adecuada a su edad y servicios sociales. Además se les instruye sobre los cuidados que requieren los niños.

En las Cantinas Maternales se presta ayuda alimentaria a las madres que así lo requieren.

Las madres que no cuentan con recursos económicos para atender adecuadamente a las necesidades de sus niños, son elegibles para recibir un subsidio o salario Social Infantil. Este subsidio varía de acuerdo con las circunstancias individuales de cada familia. Con ello se evita que las madres agobiadas por la miseria, se precipiten a deshacerse de los hijos, privándolos así, de lo más preciado para un niño, el calor de una madre, y del derecho a crecer junto a su familia.

La concesión del subsidio va acompañado del servicio social, que es indispensable para fortalecer otras áreas débiles que pueda haber en la familia y ayudarla a su rehabilitación total.

La experiencia obtenida en la aplicación del subsidio, demuestra su eficacia por el marcado aumento de niños que se han conservado junto a sus madres. De otro modo estos niños hubieran tenido que ingresar a un hogar sustituto, que aún con todos sus valores, el cambio significa para el niño, el tener que hacer nuevos ajustes, que a veces son dolorosos. O tal vez estos niños hubieran tenido que pasar a un internado, que aunque ofrezca ambiente de hogar es inevitable cierta frialdad característica de los establecimientos. Por otro lado los niños que desarraigan de su propio hogar están expuestos al riesgo de rodar de sitio a sitio, que les crea un sentido de inseguridad y frustraciones difíciles de subsanar.

Cabe mencionar además, que estos servicios son más costosos para el Estado, lo que significa que el subsidio es una economía substancial de recursos para el Estado, amén de la economía en los males sociales que se derivan de la desintegración de las familias.

El Servicio Social de las Divisiones presta servicios encomiables a las familias. Las visitadoras sociales ayudan a solucionar un sin número de problemas económicos y sociales que amenazan la vida de familia. Cabe señalar que este personal es limitadísimo en atención a la intensa y extensa labor de profilaxis social que tiene ante sí.

Las madres que trabajan fuera del hogar cuentan con el servicio de hogares diurnos o "crèches" para la atención de los niños menores de tres años.

Las "crèches" ofrecen los mejores cuidados que requieren niños de tan corta edad y llenan una necesidad muy sentida en la comunidad.

Sin embargo, se ha reconocido que en lo posible, los niños menores de tres años deben permanecer siempre en sus hogares, que es el medio natural donde mejor se les satisface sus necesidades

emocionales, elementos indispensables para su desarrollo normal.

Por ello sería recomendable ofrecer a las madres asistencia económica y social que les permitiera atender debidamente a todas sus necesidades, sin tener que recurrir al servicio de las "crèches".

En este punto, procede mencionar que el Código del Niño, dispone que ningún niño menor de tres años, puede ser separado de su hogar, sin la debida autorización del Consejo del Niño. Asimismo, toda familia que reciba en su hogar niños menores de tres años que son extraños a esa familia, por un plazo mayor de 48 horas, para su alimentación y cuidados, está obligada a notificarlo al Consejo del Niño, dentro de un plazo de tres días, y a sujetarse a las disposiciones reglamentarias que se dicten.

En tales situaciones, el Consejo del Niño trata de solucionarlas, reintegrando el niño al propio hogar o mediante colocación familiar, siempre bajo la supervisión de las visitadoras sociales.

La Edad Preescolar. — Para los niños preescolares se han establecido los jardines de Infantes, unos bajo el Consejo del Niño y otros bajo el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal.

Los Jardines desarrollan una labor múltiple. Ellos resuelven el problema de las madres que salen a trabajar, atendiendo con esmero a sus hijos, en una etapa crucial de su desarrollo. Se admiten también niños que necesitan de la experiencia en grupos para la solución de problemas, que de no ser atendidos a tiempo, pueden tener resonancia funesta en la formación de su personalidad.

Las maestras jardineras elaboran su programa de actividades, alrededor de los intereses y experiencias de los niños, estimulando en ellos el impulso creador y despertando la imaginación. El juego que es vida en el niño, es el instrumento que se utiliza para desarrollar en él, buenos hábitos higiénicos y sociales, actitudes saludables y confianza en sí mismo y la de sus semejantes. El clima que prevalece en el ambiente del Jardín es el más propicio para el cultivo de las emociones del niño. Le, ofrece además, atención médica, buena alimentación y servicios sociales.

El Club de Padres que se organizan en los Jardines sirve de lazo de unión entre el Jardín y el hogar. Los padres se compenetran de las finalidades que persigue el Jardín y colaboran eficazmente al éxito del mismo. Los padres, reciben orientación del personal jardinero, para la solución de problemas que les afectan, especialmente los que se relacionan con los niños.

El Club se reúne semanalmente para llevar a cabo actividades culturales, recreativas y científicas.

Las madres visitan el Jardín cuantas veces quieran y dedican tiempo a colaborar en diversas tareas que redundan en beneficio de la obra que realiza el Jardín en bien de los niños.

El médico y la visitadora social son figuras indispensables en el Jardín. Ellos colaboran en la prevención y resolución de problemas que afectan al niño y a su familia, permitiendo así, que el Jardín cumpla con éxito su labor educativa-social.

División Adolescencia y Trabajo. — Esta División, aparte de su labor preventiva y de reeducación de los adolescentes, tiene a su cargo el contralor médico y social del trabajo de menores.

El Código del Niño establece las medidas necesarias para evitar el trabajo prematuro de los menores y para protegerlo contra la explotación.

La edad reglamentaria para que el menor se dedique al trabajo se ha fijado en los 14 años. La jornada diaria de trabajo es seis horas como máximo, con un día semanal de descanso. Se prohíbe el trabajo nocturno a los menores de 18 años de edad. También, están reglamentadas las diversas tareas a que puede dedicarse un menor, sin perjuicio de su salud y moral.

La División Adolescencia y Trabajo expide previo examen médico y estudio de la situación social del menor, los carnets que le habiliten para el trabajo. Tiene además, la responsabilidad de fiscalizar el horario de trabajo y las condiciones sanitarias del sitio donde trabajan los menores.

División Jurídica. — Esta División se encarga de la protección del niño en lo que concierne a los aspectos legales.

Entre otras labores, realiza investigaciones de paternidad, reclamaciones de pensiones alimenticias, inscripciones de nacimientos, matrimonios, legitimaciones, reconocimiento de paternidad y de maternidad, nombramientos de tutores, rectificación de partidas, juicios sobre la guarda y tenencia de menores y ofrece asistencia legal a las familias o personas que la necesiten.

Disposiciones Contra Influencias Malsanas. — El Código establece medidas legales encaminadas a proteger la niñez contra influencias nocivas que puedan afectar negativamente su salud y moral.

Sus preceptos controlan la literatura pornográfica, las publicaciones malsanas de la prensa tales como crímenes y suicidios, la concurrencia de menores a casas de juegos, cabarets, bares y despachos de bebidas embriagantes y la asistencia de niños a los espectáculos cinematográficos.

Se reconoce que la ley de por sí sola no es efectiva y que se hace difícil su estricta aplicación en un conglomerado social donde no todos sus componentes están conscientes de su responsabilidad cívica. El deseo genuino de proteger la niñez no es patrimonio de todos los ciudadanos.

La organización de la comunidad es un método efectivo para lograr estas finalidades. Hemos de admitir que todo proceso edu-

cativo es lento pero convincente. Los que luchan por una causa justa con toda devoción, siempre triunfan.

División Higiene. — La División Higiene tiene a su cargo el contralor médico-sanitario de los niños que están bajo la tutela del Consejo del Niño, de los que asisten a las escuelas públicas y privadas.

La División cuenta entre otro, con personal médico y visitadoras sociales. Este último personal es muy exiguo en comparación con el número de escolares que debe atender. Es imposible para ellas satisfacer adecuadamente, todas las demandas que impone un servicio de proyecciones tan amplias.

El examen médico y la vacunación contra diversas enfermedades es obligatoria para todo niño que concurre a las escuelas.

El examen médico que se le practica a los niños comprende la exploración del sistema óseo, del desarrollo muscular, del área visual y auditiva, la apreciación del estado nutritivo, del estado mental, las medidas antropológicas y el equipo mental.

Los niños que revelan deficiencias físicas y mentales son sometidos a exámenes rigurosos por médicos especialistas. A través del servicio social se obtienen datos sobre las condiciones económicas y sociales en que se desenvuelven los niños.

A base de los resultados obtenidos en estos exámenes se prescribe el tratamiento indicado y se provee para él.

Los niños que lo necesitan, reciben atención especial en los servicios que ofrece el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal. Entre estos servicios figuran las Escuelas al Aire Libre, Colonias de Vacaciones, Escuela Marítima y Preventorio Escolar de Colón.

El Consejo Nacional auspicia también los Comedores Escolares y la Copa de Leche, de los cuales se benefician todos los niños que lo requieran.

La Clínica de Conducta y Orientación de la División Higiene atiende los escolares con trastornos de la conducta, desajustes en su personalidad y desorientación. Los niños reciben tratamiento en la clínica, el cual se extiende a la familia cuando es necesario, o son referidos a escuelas especiales sobre las cuales nos ocuparemos más adelante.

Laboratorio de Psicopedagogía "Sebastián Morey Otero".

Este Laboratorio funciona bajo el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal y constituye un centro de estudio e investigación sicopedagógico.

Entre sus diversas labores, se dedica al estudio y tratamiento de niños clasificados como "difíciles" que le son referidos por padres, maestros a médicos pediatras.

Los niños son sometidos a diferentes pruebas mentales, y al estudio afectivo y caracterológico. De acuerdo con el diagnóstico,

se determina la acción a seguir, y se ofrece el tratamiento bien sea mediante la reeducación del niño en el ambiente deseable, la orientación de la familia, o tratando al núcleo familiar completo.

El Laboratorio realiza también el diagnóstico del nivel mental de los niños que no se benefician de la educación en la escuela común, para así incorporarlos a las clases especiales donde pueden adaptarse mejor.

La labor del Laboratorio es transcendental en la vida de los niños, pues permite que se realice oportunamente el diagnóstico de su estado psíquico y mental, y que se tomen las providencias necesarias para su mayor bienestar y el de la familia.

Clínica Médico Psicológica del Hospital de Niños "Dr. Pedro Visca"

Esta Clínica funciona bajo el Ministerio de Salud Pública y se dedica al estudio y solución de los problemas sicosomáticos de la infancia.

Le ofrece sus servicios a todos los niños sin distinción alguna que le son referidos de cualquier lugar del país. El servicio se extiende a los padres o cuidadores de los niños, cuando se considere necesario.

Entre otras funciones el Laboratorio realiza trabajos de investigación relacionados con diferentes aspectos de la niñez.

La Clínica cuenta con personal especializado y utiliza los métodos y técnica modernas de sicoterapia. Sin embargo, carece de los servicios de trabajadores sociales o visitadores sociales que son fundamentales en la realización de su delicada tarea.

Consideramos que la Clínica ofrece un campo fértil para constituirse en un Centro de Práctica para adiestrar trabajadores sociales. El servicio social es la médula en la labor de profilaxis social. Con un mayor número de trabajadores sociales se podría intensificar la divulgación de los conceptos de Higiene Mental. La difusión de los principios básicos de Higiene Mental debe ir a la par con los de higiene corporal. Del grado de salud mental que tengan los ciudadanos depende el grado de felicidad de ellos, de sus familias y de la colectividad.

Educación. — En lo que concierne a la Educación, Uruguay ofrece un vivo ejemplo de país que se encuentra en constante progreso social, cultural y científico.

El Código del Niño reafirmó lo que ya se había establecido en el año 1885, en lo que respecta a la enseñanza obligatoria de los niños.

La enseñanza primaria es obligatoria para todo niño entre las edades de 6 a 14 años. Asimismo es obligatoria la asistencia regular de los niños a las escuelas, salvo por causas justificadas.

Toda la enseñanza del Estado es completamente gratuita. Esta incluye, además de la escuela primaria y secundaria, la Univer-

sidad del Trabajo para las artes y oficios, los Institutos Normales para la preparación de maestros de enseñanza primaria, el instituto para profesores de enseñanza secundaria, y la preparación profesional en las carreras liberales.

Las facultades de Medicina, Odontología, Veterinaria, Química y Farmacia, Agronomía, Ingeniería, Arquitectura, Ciencias Económicas y Humanidades, son centros que gozan de gran prestigio internacional.

Estas facilidades educativas, ofrecen a la juventud uruguaya todas las oportunidades para desarrollar sus aptitudes y forjar su vida en la forma que mejor se adapte a sus intereses y habilidades.

El Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal, al cual nos hemos referido anteriormente, tiene en sus manos la tarea de impartir a todo niño —cualquiera que sea su estado— los elementos básicos de la educación que lo capaciten para ser un miembro útil en la sociedad y para su satisfacción personal.

Para cumplir su cometido, el Consejo ha organizado, además de la escuela primaria común, un sistema de clases especiales adaptadas a las necesidades físicas o mentales de los niños. También patrocina escuelas particulares que se dedican a la enseñanza especial para niños que no pueden beneficiarse de la escuela común.

A continuación se describen brevemente las diferentes clases especiales que funcionan en el país.

Las Clases Diferenciales atienden niños con retraso mental que son susceptibles a una evolución favorable (niños con cociente intelectual más o menos entre 70 y 85). Las Clases comprenden un ciclo escolar de tres años, durante el cual se habilitan a los niños para reintegrarse a la escuela común.

La Escuela Auxiliar o Escuela de Recuperación psíquica atiende niños de edad cronológica entre 4 y 18 años, cuyo cociente intelectual fluctúa entre 50 y 75.

La Escuela ha organizado un plan de clases nocturnas para los padres como un medio de ayudarlos a desarrollar una mejor comprensión y aceptación de sus hijos. Además, los padres se compenetran mejor de la labor que realiza la Escuela y colaboran con ellas para su eficaz funcionamiento.

Estas actividades de grupo resultan efectivas para llevar la escuela al hogar y el hogar a la escuela.

El plan que auspicia la Escuela es un arma eficaz para vencer los obstáculos con que se confrontan los niños subdotados, y debe recibir el estímulo y sostén de toda la comunidad.

La Escuela Hogar se dedica a la educación de niños normales de inteligencia, pero que presentan anomalías del carácter o de conducta, o sea los niños "difíciles".

El programa de estudios es idéntico al de la escuela común, incluyendo además enseñanza agraria y manualidades.

La Escuela para Sordomudos comprende un ciclo escolar de 10 años, con una clase jardinera, una preparatoria y ocho grados.

La labor educativa incluye el desarrollo del lenguaje oral y escrito y enseñanza manual de capacitación de acuerdo con los intereses y aptitudes de los niños. Los alumnos que egresan pueden continuar estudios en los cursos nocturnos para adultos.

La Asociación Pro-Hogar de la Sordomuda, de carácter privado, colabora con la escuela en diversas formas. Ella ha instalado una Casa-Taller modernamente equipada, que ofrece albergue a las alumnas que egresan de la Escuela y no tienen un hogar que las reciba.

La Escuela Franklin Delano Roosevelt ofrece la enseñanza a los niños con deficiencias motrices o lisiados.

La Escuela es un organismo privado, pero subvencionado por el Estado.

Su labor incluye el tratamiento de todos los aspectos que presenta el niño lisiado. Para ello cuenta con personal especializado en pedagogía, fisioterapia, sicología, foniatría, neurología, ortopedia y otros.

La escuela realiza una labor fecunda en la rehabilitación total del niño lisiado.

Para los niños con defectos del lenguaje, el Consejo Nacional ha creado clases de ortofonía, y también para los duros de oído y los amblíopes ofrece clases especiales anexas a la escuela común.

Los niños que asisten a todas estas escuelas y clases especiales regresan diariamente a sus propios hogares o a hogares sustitutos.

De manera que el niño, sin tener que desligarse del hogar, se beneficia de servicios médicos y sociales y de una educación especial que le da seguridad en sí mismo, y lo capacita dentro de las posibilidades de recuperación que ofrece su impedimento físico o mental, para enfrentarse a las exigencias de la vida.

Se puede decir que Uruguay es un país privilegiado en todos sus aspectos. Pero uno de sus más preciados valores, está en los ciudadanos de espfritu luchador, que se dedican con devoción a emprender grandes obras en pro de la niñez, obras que enaltecen a la patria y la hacen digna de la familia uruguaya.

Para concluir quiero hacer constar mi profunda gratitud y sincero reconocimiento a los entusiastas dirigentes del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y a todas las personas que tuve el privilegio de conocer en este país hermano, quienes nos brindaron su hospitalidad y compartieron con gran dedicación sus inquietudes, sus experiencias y sus conocimientos en el campo de Protección a la Infancia. Esta valiosa experiencia

que he tenido me servirá de faro en mis propósitos de servir cada vez mejor a nuestra mayor riqueza: la niñez.

BIBLIOGRAFIA

- Gros Espiel, Héctor Dr. Consejos de Salarios. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo del I.I.A.P.I. Montevideo, 1950.
- Fernández Capurro, Elbio Dr. Organización y Funcionamiento de las Asignaciones Familiares en el Uruguay. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo de I.I.A.P.I. Montevideo, 1954.
- Berro, Roberto Dr. — Asignaciones Familiares. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo de I.I.A.P.I.
- Rodríguez Larreta, Daniel Dr. Viviendas Económicas. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo - 1954.
- Rodríguez, Julio J. Prof. Educación Física en el Uruguay. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo - 1954.
- Rodríguez, Julio J. Prof. Una Reseña Histórica de la Educación Física y la Recreación en Uruguay. Montevideo, 1952.
- Maggiolo, Oscar Julio Prof. Clubes de Niños. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo de I.I.A.P.I., Montevideo, 1954.
- Tomé, Eustaquio Dr. Código del Niño. Buenos Aires, 1948.
- Berro, Roberto Dr. El Código del Niño. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo de I.I.A.P.I., Montevideo, 1954.
- Freire Muñoz, Adela. El Servicio Social de la Infancia. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.
- Fournié, Emilio Prof. El Problema de los Preescolares. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.
- Walfheim, Nelly. El Jardín de Infantes de Orientación Psicoanalítica. Traducción de Martín A. Fuchs. Buenos Aires, 1953.
- Sarli, Domingo W. Dr. Salario Social Infantil. Montevideo, 1952.
- Pardiez de Suárez, Zúñilda Profra. Los Jardines de Infantes del Consejo del Niño. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.
- Petrillo, Luis M. Dr. División Higiene del Consejo del Niño. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.
- Carbonell de Grompone, María A. Profra. Laboratorio de Psicopedagogía "Sebastián Morey Otero". Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.
- Marcos, Julio R. Dr. La Clínica Médico-Psicológica del Hospital de Niños "Dr. Pedro Visca", Montevideo, 1949.
- García Etchegoyen de Lorenzo, Eloisa Profra. La Enseñanza Especial. La Escuela Auxiliar. Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.
- Lusardo Renée. La Escuela Para el Niño Lisiado "Franklin D. Roosevelt". Conferencia dictada en el tercer Seminario de Trabajo. Montevideo, 1954.

LA PROTECCION INTEGRAL DE LA SALUD EN EL URUGUAY A TRAVES DE UNIDADES SANITARIAS DEPARTAMENTALES

Por el doctor Pablo Rivadeneyra
(México)

La República Oriental del Uruguay está situada en la zona sur este de la América del Sur. Presenta una superficie de 187.400 Kms.2 y tiene una población aproximada de dos millones y medio de habitantes, la mayor parte de ellos de raza blanca; no hay población indígena y existen también aproximadamente cien mil negros y mulatos en su población. Se encuentra dividida en 19 departamentos y su terreno presenta suaves ondulaciones sin elevacio-

nes orográficas, existiendo buenas vías de comunicación que permiten acceso a cualquier punto de su territorio. No presenta problema político alguno, pues los distintos partidos se encuentran representados en un Consejo Nacional de Gobierno, existiendo nueve miembros elegidos directamente por el pueblo, los cuales duran cuatro años en su cargo y cualquier resolución sólo puede ser adoptada, después de una votación de ese Consejo Nacional de Gobierno.

La ciudad de Montevideo desenvuelve, a través de numerosas instituciones oficiales y privadas, diversos planes de trabajo médico-asistenciales, de higiene maternal, de higiene infantil, de protección a la familia y de protección individual, tanto en aquellos aspectos que privan a la persona de su salud, como en aquellos que disminuyen su economía, y en general, le cuidan contra todos aquellos factores que le van a producir malestar personal, familiar o colectivo. Ello no obstante, estas diferentes instituciones públicas y las privadas, encargadas de la promoción de bienestar general, hasta la fecha no han coordinado sus esfuerzos en beneficio integral de los 800.000 habitantes que tiene la capital de la república.

Las extensas praderas fértiles y bien irrigadas que forman el país, se encuentran habitadas por dos millones de habitantes y la protección de la salud en sus variadas formas, presenta desventajas y marcadas diferencias en relación con la población de la capital, Montevideo, y tal hecho puede apreciarse en todos los aspectos médicos y sociales en que tal problema se enfoque. La mortalidad por ejemplo, que por fortuna para el país, es considerablemente baja, registra 65 por mil para la república, y 49 por mil para Montevideo, con un marcado descenso, pero manteniendo esa relación, (Prof. J. Gomensoro "Uruguay en síntesis" 1952) hasta la fecha. Otros aspectos de protección sanitario-asistencial, en que pueden también apreciarse diferencias marcadas, es el que se refiere a las condiciones de la vivienda, suministro de agua potable, letrinas, etc., que muestran la situación de privilegio en que se encuentra la capital en relación con la población del campo.

Con la intención, dadas las condiciones económicas de la República Oriental del Uruguay, y la orientación realmente democrática de su gobierno, de considerar las áreas urbanas en un mismo plano con las áreas semi-rurales y rurales, desde el punto de vista de la integral protección de la salud y bienestar de estas capas de la población, hemos considerado conveniente sugerir la coordinación de todas las instituciones oficiales, las Intendencias Municipales, la Beneficiencia Privada, las Instituciones Cooperativas extranjeras y la colectividad misma, para la instalación de Unidades Sanitarias Departamentales, con fines de protección de los pequeños núcleos de población rural y aquellos mayores en los propios Departamentos.

Es conocido a la fecha, que los problemas de bienestar de un país, no deben considerarse tan sólo desde el punto de vista médico, sino desde aquel que abarque el problema del individuo, de la familia y de la colectividad, desde los puntos de vista de su salud, de sus aspectos económicos, sociales, higiene ambiental, educativos, y mentales. Estos problemas, integrantes fundamentales del problema-hombre, nos han llevado a no tocar el problema materno-infantil, en el país o en una región dada, porque estos aspectos, binomio madre-hijo, resultarían unilaterales al tocarlos aisladamente olvidando al resto familiar, su manera de desenvolverse, las condiciones en que vive, su alimentación, su educación moral y social, sus ingresos económicos, su recreación, etc., factores que forman el bienestar de una comunidad y de un país y que no pueden considerarse de manera aislada.

Asimismo, las Unidades Sanitarias Departamentales, que tendrían carácter nacional, van a cumplir su parte en la solución de los problemas médicos y asistenciales que atañen a todo el país, y a encarar problemas que a la fecha no han sido resueltos ni en la capital, ni en los departamentos. Para no señalar sino algunos de los más importantes, mencionaremos en primer término la falta de servicios pre-concepcionales, necesarios para la integración de una unión matrimonial correcta desde el punto de vista sanitario. La necesidad de la salud en ambos cónyuges, antes de la concepción, es obvia. Es indudablemente, que una unión matrimonial en la que existan factores socio-económicos acentuados, (consanguinidad, desnutrición extrema, etc.) hábitos nocivos de intoxicación exógena, (alcoholismo, morfinomanía y otras toxicomanías), o enfermedades transmisibles en alguno de los cónyuges (padecimientos venéreos, tuberculosis, etc.) y trastornos mentales o nerviosos que puedan repercutir en la descendencia (neurosis o psicosis graves, afecciones del sistema nervioso), son factores negativos en los que debe intervenir activamente para impedir su propagación, primero al otro cónyuge y con posterioridad a los hijos. No creemos que desde el punto de vista jurídico, sea lesivo en forma alguna para la libertad del individuo, pues solamente se defiende a terceros de una agresión que puede ser fatal desde el punto de vista sanitario y social. Por lo anterior, es necesario en este sentido, y su solución debe ser para todo el país, dictar las disposiciones jurídicas necesarias para la obligatoriedad del certificado médico pre-nupcial, como requisito para contraer matrimonio y para la debida protección del niño y de la familia y de la sociedad. Los exámenes médicos pre-nupciales deben comprender, a más de los exámenes de rutina la realización de reacciones serológicas para investigación de lúes.

En el capítulo de higiene infantil, el cuidado de la boca tiene una especial importancia. La observación general que hemos hecho

en escolares de la capital y de varios departamentos muestran la necesidad para el país, de abrir la página de la aplicación fluorúrica, (fácil, de poco costo, etc.,) para proteger de la caries las piezas dentarias de las bocas infantiles. Podría aprovecharse además, tal sistema profiláctico, para intensificar por todos los medios de propaganda y publicidad, una completa educación en higiene dental.

Hemos señalado que existe incoordinación entre las diversas instituciones que se ocupan en proporcionar servicios médico-sociales. Tanto por esta multiplicidad de organismos, como por la falta de ficheros centrales que lleven un correcto control de las personas asistidas, se deriva un desperdicio considerable, tanto en dinero como en material humano. Este hecho ya ha sido señalado en el niño (Dra. Saldún de Rodríguez "Organización de la protección médico-social del niño en el Uruguay" III Congreso Panamericano de Doctoras en Medicina), y en el examen de la protección y servicios que se proporcionan al adulto, la impresión es semejante.

Extraña el hecho, de que el país no cuente con un censo general de población, pues los datos obtenibles son sólo aproximados y tienen punto de partida en el último, verificado hace más de cuarenta años (1908). Imprescindible es para emprender cualquier campaña de finalidades médicas, sociológicas, económicas, etc., y de tan urgente solución como contar con datos bio-estadísticos sobre natalidad, nupcialidad, morbilidad, mortalidad, etc.

Con un programa más amplio, la formación de Unidades Sanitarias Departamentales, podrán orientar y disponer del personal que algunas instituciones poseen, agregando sólo aquellos elementos que sean necesarios. Un personal mínimo, de tipo técnico estará formado por los siguientes elementos:

DIRECTOR. El Médico Director de las Unidades Sanitarias Departamentales, tendrá fundamentalmente las siguientes funciones: Organizar y dirigir las labores generales de la Unidad, manteniendo al mismo tiempo una coordinación estrecha con las Unidades subsidiarias; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles; vigilar y ordenar las ejecuciones de aquellas actividades de medicina preventiva necesarias en la zona en que actúe; asumir la responsabilidad en los cuidados generales materno-infantiles. Exigir al personal a sus órdenes todos los informes necesarios, para la información y formación bio-estadística y para el control de las campañas que se proyecten; realizar juntas periódicas con todo el personal de la unidad y con todo el personal de las unidades subsidiarias para el planteamiento general de los problemas de la índole que se presenten, y proponer, de común acuerdo, las soluciones que sean necesarias.

ENFERMERA SANITARIA. Auxiliar del médico en las labores de tipo preventivo y curativo, atención de enfermos, atención de madres y niños, explicación y orientación de las medidas toma-

das en la protección de los asistidos, son las funciones generales, que competen a la enfermera sanitaria.

OFICIAL SANITARIO. La colaboración del oficial sanitario en estas Unidades, se refiere fundamentalmente a la orientación e instrucción, especialmente desde el punto de vista práctico, sobre aquellos aspectos que en el ambiente familiar y social se refieren a la higienización de alimentos, de las personas y del medio ambiente. El será por tanto, el que prácticamente muestre la manera de destruir basuras, eliminar insectos y roedores, etc., preocupándose por hacer comprender la utilidad de tal actividad y adquirir y conservar el hábito de realizarlas. A él le será encomendada también, en aquellas unidades que no puedan disponer de un mayor personal, de poner ante los ojos del pueblo, los medios de propaganda y publicidad de que se disponga, para la educación higiénica y social.

EXPERTO EN ASUNTOS AGROPECUARIOS. Una base en el personal de las Unidades Sanitarias Departamentales, es el experto en asuntos agropecuarios, que puede llevar con éxito la tarea de mejorar la alimentación, mejorando los cultivos, uso de fertilizantes, enseñanza técnica de la agricultura y la manera más completa para su mecanización y valioso aprovechamiento. Un país que vive de su ganadería, necesita del experto agropecuario para mejorar la especie animal, la producción lechera y los productos derivados de ella, así como los sub-productos, (lana, pieles, etc.) derivados de la ganadería. Podrá resolver así mismo, y orientar en la solución de los distintos problemas de su especialidad, como la rotación de los cultivos, problemas de irrigación, etc., que ayuden a la transformación progresiva de la riqueza agropecuaria.

LA VISITADORA SOCIAL. Es un elemento primordial que debe figurar en el personal de la Unidades Sanitarias Departamentales, ya que su función polivalente, la capacita para poner en contacto a la familia y los diferentes grupos comunales con las Unidades. La coordinación que sólo ella puede realizar, al intervenir en los distintos problemas que la familia presenta, son de fundamental interés en el desarrollo de cualquier labor, que promueva el bienestar y la salud de un país o un grupo determinado. En el importante capítulo de la atención materno-infantil, con todas sus actividades que influyen, desde el descubrimiento del caso, su orientación y convencimiento hacia su mejor atención de la salud en la Unidad Sanitaria Departamental, hasta la visita periódica y los consejos sobre alimentación infantil; el capítulo de prevención de enfermedades transmisibles; su intervención de primer orden en las campañas de inmunización, organización de Clubs de madres, formación de comités de higiene y las investigaciones socio-económicas, constituyen las principales funciones de la visitadora social.

ODONTOLOGO. Un médico dentista, con miras fundamentales hacia la prevención y cuidados e higiene generales de la boca, es un

integrante necesario del equipo técnico en el programa a desarrollar por las Unidades Sanitarias Departamentales. Debe tener entre su principal función, realizar por una parte, el cuidado completo estomatológico, dando fundamental importancia a la aplicación fluorica, como medio preventivo de las caries dentales en la niñez. Por otra parte, el aseo de la boca y su importancia en la prevención de numerosas enfermedades, debe ser mostrado a las colectividades a través de pláticas, carteles y los medios disponibles de publicidad.

EL MAESTRO. Asesor técnico de las Unidades Sanitarias Departamentales, y de las Unidades Subsidiarias, el maestro significa poder plantear con miras a su solución, los problemas que en éste capítulo de la cultura, la educación, puede presentar cada región. La educación del niño y del adulto en su problema de aprendizaje, desarrollando como punto importante, la creación de un espíritu de comunidad, promoviendo su sentido gregario. En el adulto, el maestro debe llevar la mira, no sólo de borrar el analfabetismo, sino de llevarle al mismo tiempo, conocimientos generales de economía doméstica, puericultura, higiene, etc., para aumentar de esta manera el nivel cultural de su comunidad.

PERSONAL ADMINISTRATIVO. Es necesario para la marcha correcta de las Unidades Sanitarias Departamentales, actividades de índole diversa, cubiertas por personal administrativo. Sin embargo, omitimos deliberadamente en este trabajo el número y sus atribuciones específicas, al considerar que tal hecho depende de las distintas condiciones que cada Departamento presente.

UNIDADES SUBSIDIARIAS. Tarea muy importante que tiene que encarar la Unidad Sanitaria Departamental, es la de formar Unidades Subsidiarias en cada uno de los hogares donde núcleos de población pequeñas lo hagan necesario. Esto significa obtener ayuda directa de la comunidad en cada uno de los lugares de su radio de acción. La importancia estriba, en la realización, primero, de una labor de convencimiento, seleccionando luego, entre las personas más connotadas de la colectividad, aquellos trabajadores voluntarios, que puedan llevar a cabo con éxito los proyectos y las realizaciones de mejoría y bienestar comunales, (construcción de escuelas, mejoría de la vivienda, problemas de suministro de agua potables, letrinas, etc.,). Mantener un constante servicio de información entre la Unidad Sanitaria Departamental con las distintas Unidades Subsidiarias, es parte integrante en la solución de este problema. Un personal auxiliar interesado, puede ser de una utilidad extraordinaria, si puede pasar antes, por un corto período de entrenamiento, y un convencimiento de la filosofía y espíritu del programa, no sólo sanitario y económico, sino integral. Es por ésto, que el objetivo definido que el personal auxiliar puede desarrollar en sus pequeñas colectividades, sobre todo en aquellas áreas de población más alejadas de la Unidad Sanitaria Departamental, re-

sulta de particular interés. Campañas de inmunización dirigidas y organizadas por la Unidad Sanitaria Departamental, Consejos generales sobre cuidados de la madre y el niño, pláticas generales sobre el valor de los alimentos y su confección, publicidad y educación en asuntos de higiene personal y social, demostraciones sobre solución de problemas de la comunidad desde el punto de vista práctico, etc., pueden ser realizados con un costo mínimo y con un éxito satisfactorio, si este personal voluntario regresa a su colectividad, después de un corto entrenamiento, o si el adiestramiento tiene lugar en su propio lugar de origen.

No es necesario enfatizar estas ideas, porque los problemas que la República Oriental confronta en este sentido tienen la fuerza suficiente por sí solas y la solución propuesta, realizada en otros países en forma parecida satisfactoriamente, tiene aspectos prácticos para su aplicación. Es deber del Estado, encausar un programa común con las Instituciones particulares, sin ahogar por ello la personalidad de cada una, en un solo organismo que a través de la formación de Unidades Sanitarias Departamentales, proteja la salud y el bienestar de la población del país.

La fértil tierra Urugaya, tiene por base para su desenvolvimiento general, su producción agropecuaria. Equilibrar la atención médico-social de la población citadina, con la población semi-rural y rural, es una justa aspiración. El país dispone de medios económicos y del equipo humano para su realización correcta. La protección de la madre, desde antes de su matrimonio, hasta dar a luz a sus hijos y la concepción hasta más allá de su adolescencia, y por último, la protección del ser humano en su madurez y senectud en todos su aspectos, tendrán que ser corolarios obligados de la realización de un plan integral que beneficie no tan solo a uno o a varios miembros de la familia, sino a toda la comunidad.

El Uruguay, desde el punto de vista político, ha llegado a una madurez que constituye ejemplo y paradigma para el resto de las naciones americanas. Cuando esta madurez se haga extensiva a la integral protección del eterno problema-hombre, habrá cubierto el renglón máximo que debe aspirar cumplir todo gobierno responsables ante las necesidades de su pueblo.

CONCLUSIONES. Con el objeto de proteger, mejorar y acrecentar la salud pública, y con un programa más amplio que los desarrollados hasta la fecha, se propone la instalación de Unidades Sanitarias Departamentales, en cada uno de los departamentos de la República Orietal del Uruguay, tendientes a la elevación de la economía, la cultura y la salud de la población semi-rural y rural.

En coordinación directa con estas Unidades, es necesario crear Unidades Subsidiarias en cada uno de los poblados menores, con personal auxiliar, formado y adiestrado en sus lugares de origen o en las propias Unidades Sanitarias Departamentales.

Se menciona la necesidad de una coordinación integral entre las diferentes instituciones privadas, las oficiales y las extranjeras, formando un solo organismo para la formulación y ejecución de los programas correspondientes.

Las Unidades Sanitarias Departamentales deben constituirse con personal técnico especializado. El personal administrativo tendrá un número variable en cada Unidad, de acuerdo con las necesidades locales.

Se insiste sobre algunos problemas que confronta el país, desde estos puntos de vista, y se señalan entre los de más urgente solución:

I. La falta de enfermeras visitadoras, enfermeras sanitarias y asistentes sociales, que deben encarar coordinadamente las autoridades universitarias, las de Salud Pública y las instituciones privadas.

II. La necesidad para su aplicación a las ciencias sociales y a las médico-sanitarias principalmente, de realizar un censo general de población, y de trabajos estadísticos completos sobre natalidad, nupcialidad, morbilidad, mortalidad, etc.

III. La forma integral donde ello sea posible, de atender el capítulo de asistencia materno-infantil, sin excluir los otros capítulos que se indican. A este propósito, la necesidad de la obligatoriedad del certificado médico pre-nupcial como requisito para contraer matrimonio.

IV. La iniciación para la infancia del Uruguay, en el capítulo de higiene dental, de la aplicación fluorúrica como preventivo, en unión de otros cuidados de higiene dental, de la caries en las piezas dentarias.

LA PROTECCION A LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA POR LAS CASAS CUNAS

Por el doctor Miguel Angel Morra

(Paraguay)

DEFINICION: Las Cunas son instituciones destinadas a recibir niños de 0 a tres años de edad, cuando razones de orden económico, social o moral impiden temporalmente que el niño pueda vivir en su hogar.

UN POCO DE HISTORIA: Las Cunas fueron creadas en Francia por primera vez en el año 1844 por Marbeau, que abrió su primer "crèche" en París. En Francia existen disposiciones que regla-

mentan las creches desde 1826 y las "pouponnieres" desde 1874. Austria abrió su primera cuna en 1847. Alemania en 1877 e Inglaterra en 1850. En América, Estados Unidos fué el primero en tener una creche ya en 1854. A fines del siglo pasado, se crean en algunos países latino americanos instituciones religiosas o laicas de protección al niño pequeño, pero es recién después de 1910 cuando empiezan a tomar las características de las cunas maternas.

CLASIFICACION: Se dividen en internas o cerradas ("pouponnieres" o "casas cunas"), y en externas o abiertas (cunas maternas, guarderías o "crèches").

FINALIDAD: La finalidad primordial de estas instituciones es la protección al niño pequeño, que por diversas razones puede encontrarse desamparado, o simplemente descuidado.

Múltiples son las causas que pueden llevar al niño a esta situación: Fallecimiento de la madre; abandono por prejuicios sociales de la madre soltera; extrema pobreza; internación de la madre en nosocomio o cárcel; prematuridad o debilidad congénita que requieren para el niño cuidados especiales. Son éstas, casi siempre las causas por las que el niño es llevado a las cunas internas. El Dr. Berro clasifica los motivos estudiados en A) Causas económicas. B) Por enfermedad de la madre. C) Abandono moral. D) Carencia de leche de la madre. E) Orfandad absoluta.

En cambio de otra índole es el motivo de la permanencia de los niños en las cunas externas: el trabajo de la madre durante las horas del día, ya en el servicio doméstico, ya como empleadas de fábricas o comercios o en cualquier ocupación necesaria para ganarse la vida o para contribuir con su trabajo al aumento de recursos de manutención del hogar.

La acción benéfica de estas Instituciones no podría realizarse, si junto a ellas faltase la ley justa de protección materno-infantil y previsión social y la íntima conexión con el Servicio Social, cuyas visitadoras deben compenetrarse del problema de la familia, para sentar diagnósticos veraces, para en forma coordinada, aplicar la terapéutica que ha de palpar o curar el mal, en que se debate esa familia, esa madre o ese niño, que en conjunto no constituyen otra cosa que la sociedad.

EL FUNCIONAMIENTO INTERNO. de una cuna cerrada, debe reunir algunos requisitos, que se puedan resumir en el siguiente cuadro sinóptico del Dr. Roselli:

A) PROBLEMA SANITARIO Y PREVENTIVO

1) Alimentación (Lactario y Cocina)

2) Prevención de las infecciones

- a) Infecciones nacidas de los niños (aislamiento- equipos individuales).

- b) Infecciones nacidas del personal (higiene sobre todo de las manos- bozal- reglamentar las salidas al mínimo)
- c) Infecciones por las visitas (mínimos de visitas- prohibición de la entrada de niños- control de posibles infectantes).
- d) Tuberculosis (catastro tuberculínico radiológico del personal y de los niños internados- vacunación por B.C.G.).
- e) Sífilis (reacciones serológicas)
- f) Vacunación preventiva (antidiftérica- antivariólica)
- 3) Ambiente y Cuidados (ropa - baño - aire y sol- estimulación psíquica)

B) EVENTUALMENTE PROBLEMA SANITARIO CURATIVO

Atención de los niños que no requieren hospitalización. (aislamiento - organización de un servicio de hemoterapia, etc.,).

Debemos recordar que "un defecto de organización puede provocar verdaderos desastres" (Baun) y que por el contrario "la eficiencia de una buena organización técnica puede llegar a resultados sorprendentes aun con instalaciones precarias" (Obes Polleri y García Blixen).

Todas estas casas, para el internado y externado del niño pequeño, deben ser verdaderos hogares, en el sentido amplio y verdadera acepción del vocablo. Así pues, empezando por el local, debe tratarse que en lo posible, por su disposición, mueblaje, pintura de las paredes, cuadros, dormitorios, comedores, salas de juegos, etc., se asemeje a una casa de familia, mejor aún, a una "casa de muñecas".

El trato que los niños reciban, debe ser afable, cariñoso, como si estuvieran con padres ideales.

La higiene y profilaxis deben llevarse a grado extremo; se hará siempre medicina preventiva y en caso de enfermedad la curativa.

La alimentación debe ser de primera y estar a cargo de personal especializado y competente.

Hay que crear en los niños hábitos higiénicos y de buena educación.

En cuanto a las madres, hay que educarlas con charlas, consejos, y formación de los "clubes de madres". Deben recibir nociones de puericultura y de los diversos cuidados que se deben al niño: inculcándoles la responsabilidad social para con sus hijos y procurando que mejoren el ambiente de sus casas, para que exista continuidad entre el hogar materno y el que se le crea al niño durante su permanencia en la Institución.

LAS CASAS CUNAS EN EL URUGUAY

En el año 1934. fue promulgada la ley, por la que se creaba el Consejo del Niño, y fueron reglamentadas todas las disposiciones que velan por la salud y bienestar del niño, codificándose todas las

leyes vigentes y creándose otras nuevas, bajo la designación de: Código del Niño.

La División Primera Infancia, está bajo la dependencia directa del Consejo del Niño y al margen de los servicios asistenciales del Ministerio de Salud Pública.

Para cumplir su cometido, la División Primera Infancia, tiene en Montevideo los siguientes servicios:

A) CASA DEL NIÑO, con sus distintas secciones:

1) CUNA INTERNA y Oficina de Admisión

2) HOGAR DIURNO, CRECHE O GUARDERIA

3) Lactario para la adquisición y venta de leche materna.

4) Cocina central de productos lácteos y proveeduría de preparaciones alimenticias a los consultorios Gotas de Leche.

5) Albergue para madres.

6) Sección de difusión cultural

B) OFICINA DE NODRIZAS Y CUIDADORAS

C) Servicio de Ayuda Social y de Prevención del Abandono

D) Oficina Jurídica

E) Oficina de Protección al Niño Prematuro

F) Custodia

G) Laboratorio

H) Consultorios Gotas de Leche o Dispensarios Infantiles en número de 17

I) CENTROS MATERNO-INFANTILES

J) Cantinas Materno-Infantiles

K) Dirección General. Administración y Ficheros

Además en los últimos años, se extendió por muchas zonas del interior del país la acción del Consejo del Niño en lo referente a Gotas de Leche, Centros Materno Infantiles y Cantinas, existiendo más de cuarenta servicios de esta índole y estando en proyecto la creación de nuevos servicios, todo lo cual viene a llenar una sentida necesidad, pues si bien es cierto que hace años el país no cuenta con un censo, es aceptado que casi la mitad de la población infantil del país vive en la campaña.

Hemos visto con lo que antecede, que la cuna interna y los Centros Materno-Infantiles con sus Creches, dependen de la División Primera Infancia del Consejo del Niño.

CUNA INTERNA

Funciona desde el año 1925 en el edificio denominado "Casa del Niño" ubicado en Sierra y Cerro Largo, habiéndolo hecho anteriormente en el Asilo Dámaso Larrañaga.

La capacidad normal de la cuna es de 150 camas.

Consta el edificio de tres plantas.

En la planta baja hay un Servicio de Readmisión, que tiene por objeto recibir los niños que habiendo salido a Colocación Familiar, no progresan normalmente, por trastornos nutritivos, dificultades en la alimentación, etc., pero que no requieren un ingreso a los hospitales. Durante su estadía en la Sala de Readmisión, se les mejora el estado nutritivo, con dietética adecuada, para que salgan nuevamente al Servicio Externo.

En el segundo piso funcionan: el Servicio de Prematuros, una sala para niños recién nacidos y otra para niños pequeños sanos.

En el tercer piso están los niños que hacen cuarentena, los que padecen trastornos nutritivos crónicos y los que padecen afección ligera que no necesitan pasar al hospital.

PERSONAL TECNICO. Está compuesto por un médico jefe, y un grupo de médicos ayudantes y asistentes. Además se cuenta con los servicios de médicos especialistas en otorrino laringología, oftalmología, etc, y un técnico transfusionista.

Hay un servicio de nurses, enfermeras y niñeras que hacen sus trabajos en distintos turnos.

El Servicio de Visitadoras Sociales se encarga de hacer la ficha social de todos los niños ingresados y efectúa la visita familiar, tratando la reintegración al hogar. Cuando esto no es posible, la visitadora pone en contacto mediante la ficha social, a los familiares del niño con la visitadora de la zona correspondiente a la Gota de Leche donde deberá concurrir el niño, que de la Cuna pasará a colocación familiar. Se mantiene así el vínculo necesario para restituirlo al hogar en cualquier oportunidad favorable.

Se cuenta además con la valiosa colaboración de las Hermanas Franciscanas en el normal funcionamiento de la Casa del Niño.

EL INGRESO A LA CUNA. Desde la supresión del Torno, hace veinte años, la admisión a la cuna se hace en dos formas: por la Oficina de Admisión Libre o Pública, o por la Oficina de Admisión Secreta.

LA OFICINA DE ADMISION LIBRE. Funciona durante las 24 horas del día. Se recaban allí datos referentes a los padres y al niño. Se toma peso, talla, etc., y una vez cambiada la ropa por la propia de la Cuna y de colocarle el brazalete de identificación, ingresa al servicio.

Los niños menores de un mes, son admitidos sin ningún reparo. No obstante si la causal invocada es la falta de hogar por parte de la madre, etc., se le ofrecerá el Albergue para Madres, anexo a la Cuna, en el cual, la madre con su hijo, quedará el tiempo necesario para recuperar sus fuerzas o solucionar su problema. Se trata de colocar a esa madre con su hijo, en casa de una familia, para el servicio doméstico, asignándole un complemento del salario, que se paga mensualmente por la sección Servicio Social.

La admisión para niños mayores de un mes, salvo casos de urgencia, u órdenes del juez etc, no se hace inmediatamente que es solicitada. Será necesario tramitarla, ante la sección de Servicio Social, firmar la solicitud de admisión, lo que debe hacer el padre si es casado, o la madre si es soltera, en caso de que el niño esté directamente a su cuidado. Esta solicitud pasará a informe de la visitadora respectiva, la que concurrirá al domicilio de la familia, a que pertenece el niño y analizará la causa de la actitud de los padres, pasando su informe dentro de las 48 horas. Se comprende que la admisión al ser diferida por 48 horas, sólo tiene por objeto, el conocimiento exacto de los problemas que afectan a la familia, con el fin de procurar mediante el otorgamiento de un subsidio, evitar la separación del hijo de la madre, con todas las graves consecuencias que ello trae aparejadas. Este subsidio suele ser un complemento del alquiler de la casa y puede elevarse hasta 25 o 30 pesos mensuales. Cuando la causa no es la debilidad económica se trata de hallar la mejor solución al problema y siempre, por todos estos procedimientos, se evitan cada año, muchos ingresos a la Cuna.

LA OFICINA DE ADMISION SECRETA. Vino a sustituir al viejo "torno" al que Morquio llamó "el infanticida legal" y se instaló para evitar males mayores, cual son el aborto, el infanticidio y el abandono en la vía pública. Los niños que ingresaban por esta oficina correspondían generalmente a hijos ilegítimos, de la madre incauta, de esa obrera o empleada, casi siempre joven o menor de edad que procuraba ocultar el fruto del pecado a sus familiares o a la sociedad. Hablo en pretérito, pues al adelantar el pueblo en cultura, prácticamente esta oficina ya no funciona y los pocos niños que son abandonados en la Cuna y de los que no se quiere dar datos, son traídos a la institución por la puerta grande del edificio y no por la portezuela lateral que con un letrero anuncia la admisión secreta.

EL NIÑO PREMATURO

En la Casa del Niño junto a la Cuna Interna, existe el Servicio de Prematuros. Se considera prematuro a todo niño que al nacer pesa menos de 2.500 gramos, sin considerar la edad cronológica que le corresponde al embarazo.

En Montevideo, existe la obligatoriedad, aunque no siempre se cumple, de la denuncia de todo niño prematuro, al nacer, al Servicio de Prematuros de la Casa del Niño. Una vez realizada la denuncia, una visitadora concurre a la casa y ofrece a los familiares todo lo necesario, para salvar al niño, y en especial la atención del niño en el servicio especializado. Para el transporte se dispone de una ambulancia con incubadora. Si el niño no puede ser llevado, se

le facilita a la familia una incubadora eléctrica y se le instruye sobre su funcionamiento, además de todos los cuidados higiénicos y dietéticos que necesita.

La asistencia del prematuro en la Cuna se realiza con todas las técnicas modernas, boxes, incubadoras, oxigenoterapia, desinfección del medio etc. Junto al edificio actual, está en construcción el nuevo servicio que se destinará al prematuro.

Estos niños prematuros que ingresan a la Cuna, constituyen casi el 50% del total de ingresos. Su permanencia en el servicio es por lo general de dos meses, reintegrándoles al hogar. Hay que agregar, que a pesar de toda la buena atención recibida, el índice de mortalidad global en la Cuna, de estos prematuros, aun permanece alto, cerca del 36%. El niño que ha sido dado de alta, sigue siendo vigilado por el servicio social, quien se encarga de que ese niño continúe su asistencia, en los consultorios de puericultura de las Gotas de Leche, o con médicos particulares. Sobre 484 prematuros menores de 3 meses, que se atendieron en el año 1953, en domicilio fallecieron 15. Estos prematuros son niños que por su peso aceptable no entraron en la cuna o fueron dados de alta.

Durante su permanencia en la Cuna, el niño recibe las más solícitas atenciones, cuidados higiénico-dietéticos, se le provee de toda la vestimenta y alimentación necesaria y están bajo control médico permanente.

En caso de enfermedad infecto contagiosa, o afección grave, pasa a uno de los hospitales de niños hasta su curación.

EN GENERAL LA CUNA DEBE SER CONSIDERADA COMO UN LUGAR DE ESTADIA TRANSITORIA Y SOLO UN LUGAR INTERMEDIO O DE PASAJE HACIA LA REINTEGRACION A SU HOGAR O BIEN HACIA LA COLOCACION FAMILIAR. A excepción de los niños prematuros que permanecen durante 2 meses o más (se espera alcance los 3.000 gramos), la permanencia de los demás niños en la Cuna, sólo es de 15 a 20 días, por más que muchas veces se deba prolongar más la estadía, por ingreso en condiciones deficientes, o bien por haber enfermado durante su internación y no encontrarse en condiciones para el egreso.

Hace sólo un lustro, el 50% de los niños que pasaban por la Cuna eran distróficos. Hoy, debido al progreso alcanzado por el Uruguay, por sus leyes, en defensa del niño, de la madre, del obrero, en una palabra, de la familia y de la sociedad, la miseria, casi ha desaparecido y el nivel de vida del proletariado se ha elevado muchísimo y prueba directa del beneficio que en esto ha recibido el niño, es que el número de niños distróficos ha disminuído mucho.

Otro índice elocuente del mejor vivir de la población de Montevideo, es éste: En 1944, sobre 1.030 internados, 439 lo fueron por falta de recursos. Hoy, a 10 años de distancia, sobre 900 in-

ternados en el año 1953, 456 fueron prematuros y los restantes por las diversas causas de internación.

EGRESO DEL NIÑO INTERNADO

El niño sale de la Cuna por 3 causas:

- 1º Por reclamo de los familiares.
- 2º Por colocación familiar.
- 3º Por fallecimiento.

En 1943, sobre 1.062 ingresados, 248 fueron reclamados, 118 fallecieron (en la Cuna o en los hospitales), 632 pasaron a colocación familiar y 64 permanecían aun en la Cuna.

En 1953 sobre los 456 prematuros ingresados, 81% fueron reclamados por los familiares, 18% pasaron a colocación familiar y el 36% fallecieron y sobre los restantes 444 niños no prematuros, sólo fueron reclamados el 28%, fallecidos 1%, pasando el 70% a colocación familiar. En los datos del año 1943 no se tuvo en cuenta la distinción de prematuros y no prematuros.

COLOCACION FAMILIAR. Los niños que no pueden ser reintegrados al hogar materno, pasan al estado llamado de Colocación Familiar, o de Hogar Substituto.

Por este régimen de colocación familiar, los niños se confían a una CUIDADORA. Hay unas 366 en Montevideo. La selección de estas cuidadoras es rigurosa y periódicamente se les practica examen médico y sanitario. La cuidadora percibe del Estado una remuneración mensual por el cuidado y la alimentación del niño, que es de 50 pesos y deben, además, reunir condiciones morales y sociales satisfactorias. Deben vivir, además en una vivienda confortable. Los menores confiados a su cuidado deben ser controlados semanalmente en los consultorios Gota de Leche y reciben, además la visita periódica de la visitadora social.

La CUSTODIA, es otro tipo de colocación familiar. Por este procedimiento se le busca al niño un hogar sustituto pero este caso es sin remuneración.

Los custodiantes son por lo general, matrimonios sin hijos.

Los menores en custodia se seleccionan entre huérfanos o abandonados absolutos o cuando los padres perdieron la patria potestad. La custodia es casi siempre una etapa previa hacia la adopción o la legitimación adoptiva. El niño después de estar dos años en custodia pasa al estado de adoptivo. Para legitimarlos se necesita que la tenencia se prolongue tres años más. La ley de legitimación adoptiva establece que podrán beneficiarse con ella los cónyuges con 5 años de matrimonio y que el niño podrá ser inscripto en el Registro Civil como hijo propio, en inscripción retar-

dada, con todos los derechos de tal y figurando en la libreta de organización de la familia.

Durante el período de custodia el niño es vigilado por la División Primera Infancia, hasta los 3 años y luego pasa a depender de la División Segunda Infancia, hasta que se realice la legitimación.

Durante el año 1953 estaban asistidos en colocación familiar 860 niños y de ese número, 145 se reintegraron a su familia, pasando al estado de adopción 58 y falleciendo 9.

EL LACTARIO Y LA COCINA DE LECHE

No podríamos dejar de decir algunas palabras de estas dos importantes secciones de la Casa del Niño que cumplen un rol de inestimable valor.

EL LACTARIO adquiere por una paga a madres ("dadoras de leche", "ordeñadoras") bien seleccionadas y controladas, el exceso de leche que sin detrimento de sus hijos pueden dar diariamente.

El lactario les paga a razón de \$ 10.00 el litro y se obtienen en esta forma una cantidad de 13 a 14 litros al día, que se utilizan para los niños internados en la Cuna y los asistidos en las Gotas, Maternidades, etc, que por prescripción médica lo necesitare. El excedente se vende contra receta médica a razón de \$ 12.00 el litro.

(En la ciudad de Buenos Aires, se hace el despacho de leche materna absolutamente gratis para los niños que la necesiten sea cual fuere la condición social. La retribución que reciben las dadoras de leche es de \$ 13.40 moneda argentina por cada 300 centímetros cúbicos, y en los 16 lactarios que cuenta la ciudad, se han distribuido durante el año 1953 más de 36.000 litros de leche materna).

LA COCINA DE LECHE. Cumple una misión importante en la Casa del Niño. Allí se preparan biberones de leche de vaca de diversas diluciones y modificadas, papillas, etc, que además del consumo que se hace en la Cuna interna y en las crèches, se envía a todas las Gotas de Leche para su reparto gratuito. Diariamente se manipulan 600 litros de leche de vaca, de los cuales 150, en forma modificada, y 450, se reparten en forma de leche pura.

CUNA EXTERNA - Hogar Diurno - CRECHE O GUARDERIA

Son establecimientos destinados al cuidado de los niños menores de 3 años, cuyas madres, necesitando trabajar para ganarse el sustento, no pueden atender el hogar.

Funcionan durante las horas del día y sólo los días hábiles, desarrollando una acción preventiva y social importante, evitando la separación permanente entre la madre y el hijo y el abandono o

despido del niño a cargo de los hermanos mayores, parientes o simples vecinos.

Bajo el control de la División de la Primera Infancia del Consejo del Niño, existen en Montevideo 4 Crèches. La primera, funciona en la misma Casa del Niño, donde funciona la Cuna Interna, y las otras pertenecen a los centros Materno-Infantiles de la Unión, del Dispensario Nº 4 y del Dispensario Nº 16. Es indudable que hay necesidad de aumentar su capacidad o crear otras, ya que son insuficientes, teniendo todas exceso de asistencia.

Las fábricas e industrias en cuyo personal obrero se encuentre más de 50 mujeres tendrían que tener sus Crèches propias. Sólo muy pocos establecimientos cuentan con éstas.

En los 3 Centros Materno-Infantiles de Montevideo, junto con la Crèche, funciona un Refectorio Materno, un Consultorio Gota de Leche y un Consultorio Obstétrico.

Pasaré a describir una de esas Crèches de acuerdo al relato que de ella hace su Jefe Director. "El edificio está implantado en el centro de un terreno jardín, donde existen aparatos destinados para juegos. El edificio, consta de sala de recepción, comedor, baños, consultorios médicos, cocina, cantina, etc. Diariamente se internan en la Crèche de 20 a 30 niños cuyas edades oscilan desde la del recién nacido hasta la de 3 años. Son dejados por sus madres a las 8 de la mañana. Apenas llegados y luego de ser recibidos por personal especializado, previo control de la temperatura, se les desnuda, dejando sus ropitas en un armario con divisiones personales. La casa les provee de ropa y zapatitos con los que pasarán el resto del día.

Se les baña con agua templada y pasan a tomar el desayuno, que consta de leche y café de malta, con pan y dulce. Apenas desayunados, si el día está lindo y caluroso, se les saca al jardín, donde permanecen entretenidos y vigilados por niñeras, hasta las 11 horas en que almuerzan.

El almuerzo es variado y los alimentos que se les suministran están de acuerdo a sus edades. Sopas, purés, jamón, harinas, postres de frutas son la base de la dietética. Apenas terminada la comida los niños hacen reposo en cómodos catrecitos. Luego tienen juegos y se les sirve la merienda a las 14 horas, consistentes en un jarro de leche con pan y dulce. Luego pasan entretenidos otro rato en sus juegos y a las 16 y 30 se les da de cenar, generalmente sopa y postre de leche. Luego de la cena, se les viste con las ropas que traían de sus casas y se les apronta para que sus madres los puedan reintegrar a sus hogares a las 6 de la tarde.

Demás está decir que los lactantes reciben alimentos de acuerdo con su edad y estado nutritivo. Para ello se lleva un libro especial, dedicado a la dietética del niño menor de un año.

En los Centros Materno-Infantiles, junto a la Crèche, existen comedores o cantinas para madres, donde se les da comida buena y gratuita a la madre embarazada o a la que cría a pecho. Una constancia que quiero dejar anotada, es que debido al mejor nivel en que en la actualidad, vive la clase obrera del Uruguay, algunos de estos comedores maternos tuvieron que cerrar sus puertas por falta de concurrencia.

En los Centros Materno-Infantiles, funcionan algunos de los consultorios Gotas de Leche. Además la Casa Cuna del Cerro tiene anexa una "Escuela Maternal" para niños de 3 a 6 años, atendida por personal especializado, que además de la enseñanza, reciben igual trato que los niños de la Cuna.

También en los Centros Materno-Infantiles, funciona el consultorio prenatal, para la atención de la embarazada.

Estos Centros Materno-Infantiles, dependientes del Consejo del Niño, tienen los gastos sufragados por el Estado, pero ven reforzadas sus entradas por actividad de las Comisiones de Fomento, formadas por damas caritativas, además de donaciones en efectivo y comestibles que siempre no faltan.

En la campaña del Uruguay, la acción del Consejo del Niño está ejercida por un comité llamado Comité Departamental del Consejo del Niño integrado por personas representativas de la ciudad o pueblo, que ejercen abnegada y noble labor.

Existen crèches, aisladas o funcionando con consultorios Gotas de Leche y Refectorios Materno-Infantiles, en las ciudades de Artigas, Salto, Paysandú, Fray Bentos, Mercedes, Rivera, Durazno, Florida y Minas. Todas estas Crèches funcionan admirablemente, cumpliendo gran labor social, ayudadas por las Comisiones de Fomento y donaciones.

III

LAS CASAS CUNAS EN EL PARAGUAY Y ALGUNAS CONCLUSIONES

Nos referiremos a la Casa Cuna "Dr. Carlos Santiviago". Fué fundada en 1940 por el malogrado Dr. Santiviago, profesor de Pediatría y según sus palabras, "para cuidar a los desheredados de la fortuna, para que puedan recibir beneficios que la ciencia y la humanidad han puesto a nuestro alcance para hacerlos sanos y fuertes".

Actualmente está ubicada, después de algunos cambios de sede, en el barrio "Villa Morra" y lleva el nombre de su fundador, desde el fallecimiento de éste en 1945.

Es mantenida por una Sociedad de Beneficiencia, "Comisión de Damas de la Casa Cuna" apoyada y controlada por el Estado.

Transcribo los artículos de su reglamentación, que se refieren a su objetivo, admisión, egreso, para mejor ilustración de la función que desarrolla.

- Art. 19 La Casa Cuna Dr. Carlos M. Santiviago, tiene como objetivo fundamental, prestar ayuda a la madre necesitada y al niño desamparado, menor de 3 años.
- Art. 29 La Casa Cuna ofrece asistencia cerrada a los niños que son admitidos únicamente en carácter de internos, sin la compañía de sus padres, parientes o tercera persona.
- Art. 39 Son admitidos: a) los hijos de madres sin recursos económicos suficientes para mantener a sus hijos, b) los hijos de madres enfermas que necesitan hospitalización y no tienen un hogar donde dejar sus hijos; c) los hijos de madres recluidas en el manicomio o en la cárcel de mujeres, cuando no tengan otra persona que se haga cargo de los mismos; d) en todos los casos de orfandad, cuando no existe persona responsable del niño.
- Art. 49 La Casa Cuna debe evitar: a) el parasitismo social, es decir, la asistencia indebida en los casos que la madre pueda criar a sus hijos o tenga familiares donde dejarlos en tenencia mientras ella sortea sus dificultades económicas, de salud o sociales; b) la permanencia prolongada indebida, cuando la madre no ha hecho lo posible por solucionar su problema.

Régimen de Ingreso:

- Art. 59 La madre por ella misma o por otra persona autorizada, debe presentarse a la Dirección de la Casa Cuna, solicitando el ingreso de su hijo y expresando el o los motivos que la inducen a hacerlo. El pedido debe ser hecho ante la Oficina de Servicio Social, donde debe contestar fielmente a las preguntas del consultorio de ingreso.
- Art. 69 La Visitadora Social practicará en todos los casos, siempre que fuera posible, una visita domiciliaria a fin de constatar la veracidad del relato materno, ver si existe alguna otra solución que no fuera el ingreso en la Casa Cuna y si hubiere abandono paterno, tratar de entrevistar a éste, con el objeto de obtener el apoyo económico del mismo para la madre y el hijo e informará a la Dirección sobre la necesidad real o no del ingreso.
- Art. 79 Admitida la posibilidad del ingreso, el Director exigirá un certificado expedido por oculista con el objeto

de descartar afecciones oculares infecto contagiosas, sobre todo el tracoma. El médico practicará una inspección médica que tendrá por objeto despistar la existencia de enfermedades infecto contagiosas, estado nutritivo aceptable y que el peso corporal de los niños no sea inferior en un 15% a las cifras medias normales para los menores de un año y para los mayores, no menor de un 20%. Todo niño con peso inferior a lo arriba expresado necesita atención hospitalaria especializada.

Art. 8º El tiempo de permanencia será: a) por tres meses para los niños del inciso a del Art. 3º, tiempo en el cual la madre y el servicio social tratarán de hallar solución al problema económico que obliga a la internación del niño, buscando a la madre una colocación con su hijo o a ésta una colocación familiar; b) por tiempo indefinido, hasta la curación materna para los niños del inciso b del Art. 3º y los hijos de madres recluidas en el manicomio factibles de cura y hasta la libertad de las madres recluidas en la cárcel de mujeres, siempre y cuando la Defensoría de Menores e Incapaces no disponga otra cosa; c) hasta la colocación familiar en los casos del inciso d del Art. 3º y cuando las madres padezcan de insania incurable y no tengan los niños parientes que deseen hacerse cargo de los mismos. Todas las colocaciones familiares deben ser previamente autorizadas por el defensor de menores e incapaces.

Art. 9º La Casa Cuna, provee a los internos de ropa, juguetes, útiles, alimentos, etc, por lo que no se permite el ingreso del niño con ninguna vitualla personal.

Art. 10 Al ingresar el niño debe ser sometido en todos los casos a un aislamiento o separación durante 5 a 15 días, según los casos, con el objeto de evitar la introducción de enfermedades infecto contagiosas.

Ahora bien, voy a dar algunos detalles, referentes al ingreso de los niños en nuestra Casa Cuna. La mayor parte proviene de la capital y son hijos de mujer campesina, que llega a la ciudad en busca de trabajo en fábricas o en servicio doméstico y que fácilmente es engañada con promesas de amor y el fruto de esta relación es la víctima que se abandona en la Casa Cuna. La madre, casi siempre es una menor de edad, soltera y sin hogar constituido, que, o bien quiere ocultar el hijo a la sociedad, o a sus familiares o, bien necesita separarse del hijo para poder ganar el sustento. Las otras causas siguen en una proporción muy decreciente. De una estadística, sacamos como dato interesante, que sobre 700 niños, 621 fueron llevados por la madre y el resto por el padre u otro familiar.

Sobre este mismo número de niños 370 eran hijos únicos o mejor primogénitos, 190 tenían un hermano y el resto mayor número de hermanos o no se pudo precisar el número de hijos. De los 700 niños, 630 eran ilegítimos y de este número, 420 no eran reconocidos legalmente por sus padres.

Sobre la ilegitimidad, causa de los grandes males de la niñez nuestra, dice el Dr. Odriozola, estudiando la mortalidad infantil en el Paraguay: "En ninguna parte del mundo este problema, que tiene tanta transcendencia sobre el porvenir del niño, se presenta con carácter grave como en nuestro país, tanto por su elevadísimo porcentaje, cuanto que hasta ahora no se ha ensayado siquiera ningún procedimiento para combatir sus perniciosas consecuencias". No tengo un dato exacto y reciente, pero puedo afirmarlo y sin miedo al equívoco, que más del 60% de los nacimientos son ilegítimos, según estadísticas de hace unos años.

Nuestra Casa Cuna, cumple un rol importante, a pesar de favorecer el parasitismo, pues evita males mayores como ser el infanticidio que no era infrecuente en nuestro medio, el abandono del recién nacido en la vía pública y el aborto, este último, que desgraciadamente al igual que en otros países, día a día va tomando mayor incremento, pese a haberse tomado medidas legales para reprimirlo. En nuestro país el Decreto Nº 2848 de Diciembre del año 1938, establece la profilaxis y represión del aborto criminal y estimula la natalidad, (castiga con multas y cárcel a los que intervienen como actores directos e indirectos). No obstante cada día se burla la ley y de todos es sabido que muchos profesionales inescrupulosos, médicos y parteras tienen en el aborto, su "modus vivendi".

Por otra parte nuestra Cuna, debido a la falta de solución de problemas de protección a la infancia, como la colocación familiar etc, no cumple con los fines de una Cuna cerrada cual es el tránsito rápido, convirtiéndose en la mayoría de las veces en un Asilo de pequeños.

No deseo hacer críticas a nuestra Casa Cuna, que es merecedora de sólo elogios ya que desenvolviéndose con sólo precario medios, escaso personal y sin conexión con otros centros de protección al niño, cumple una labor loable; quiero sí, hacer algunas consideraciones sobre la protección materno-infantil en nuestro medio:

A) Es necesario crear una o más crèches, para evitar la internación de muchos niños en la Cuna y para solucionarles a muchas madres, el problema de poder trabajar, dejando a sus pequeños hijos, a buen resguardo, mientras ellas se encuentran ocupadas en el servicio doméstico, en la fábrica o en sus puestos de vendedoras de los mercados. Esto de las guarderías o crèches, es la más factible de realizar en nuestro medio, ya que se podría hacer obligatorio a las fábricas y establecimientos en que trabajaren cierto número de mu-

jeros, que tengan su pequeña Cuna, que en parte, o en su totalidad debe ser financiada por el Instituto de Previsión Social que está en perfectas condiciones de hacerlo. Además podrían haber otras,, distribuidas en las barriadas o junto a los mercados municipales ya que es sabido que, en nuestro medio, las labores de estos establecimientos son desempeñadas en su totalidad por la estoica mujer de nuestro pueblo, muchas de las cuales son madres, que mantienen a sus hijos en el regazo, cuando no en el sucio suelo mientras cumplen con su trabajo cotidiano.

B) Tendrían que estudiarse la **Colocación Familiar**, cosa también factible y que además de solucionar el problema del menor desamparado es una economía para el Estado o las Instituciones de Beneficencia, pues de todos es sabido que la cuota que se le asigne a una cuidadora es siempre inferior a los gastos que demanda ese mismo niño internado.

C) **La Investigación de la paternidad**. Nuestras leyes tienen no sólo que contemplar este importante problema, sino que por intermedio de un **JUZGADO DE MENORES**, conseguir que el hijo siempre tenga un padre que esté obligado a cubrir sus necesidades al menos alimentarias. Y no como hasta el presente, que es el caso tan corriente, de la madre que sola, carga con esa responsabilidad en tantos hogares no constituidos.

D) **Luchar contra la ilegitimidad**, mal social de tanto arraigo entre la gente pobre de nuestro pueblo y responsable directo del abandono moral y material de nuestros niños que conduce a mantener altas las cifras de morbilidad y mortalidad infantil y causa principal de la vagancia y delincuencia de los menores. Las estadísticas hablan solas. Para luchar contra ello se necesita hacer una intensa campaña cultural por todos los medios de difusión. Pero tendría que empezarse por modificar nuestras leyes de Previsión Social, que hoy amparan por igual a la esposa y a la concubina, al hijo legítimo y al hijo natural o ilegítimo.

E) Procurar que nuestros niños pobres, que constituyen gran mayoría en el país, se alimenten mejor. Luchando contra la distrofia y la desnutrición por medios de Gotas de Leche, la Copa de Leche en las escuelas, las cantinas maternas, los comedores escolares, etc, pues es bien sabido que hoy la leche es prohibitiva por el costo para los hogares humildes, sin entrar a considerar el precio elevado de muchos otros artículos alimenticios de primera necesidad.

En fin, con alguna de estas sugerencias y otras medidas de protección a la madre y al niño, que derivarían de mejoramiento a la vivienda, salarios, asignaciones familiares, nivel de vida de la clase obrera, etc, se habría dado un paso más en la lucha por to-

dos emprendida de salvar al niño. Y no olvidemos que al salvar al niño salvamos a la patria.

REFERENCIAS:

- Bauzá, Julio. "La División de Primera Infancia. Memoria técnico administrativa. Montevideo. Año 1933 y siguientes.
Latou Jaume, Victor. "Las Casas Cunas. Su Rol". Archivos de Pediatría del Uruguay. Tomo XVII. Abril 1946.
Obes Polleri, José. "El Prematuro". Editorial García Morales. Montevideo, 1952.
Odrizola, Ricardo. "Mortalidad Infantil en Paraguay". Apartado del Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Montevideo, 1938.
Riart, Gustavo A. "Casas Cunas". Tema Oficial de la Primera Jornada de Pediatría y Puericultura. Asunción.
Riselli, Julio. "Papel de las Casas Cunas en la Asistencia Médico Social del Niño de Primera Infancia". Hoja Médica de la Casa Cuna. La Plata. Marzo de 1945.

ASPECTOS DE LA HIGIENE ESCOLAR

Por el doctor Guido Rodríguez Alcalá

(Paraguay)

La Higiene escolar es hoy una gran cuestión en Pediatría, como dan prueba los diversos Congresos, asociaciones y publicaciones especializadas y si bien entre nosotros no se ha iniciado todavía como corresponde, no tardará en producirse, así lo espero.

Morquio

Encabezo el trabajo con las palabras del Maestro, pronunciadas en el discurso de clausura del curso de Pediatría de 1906, desde cuya cátedra, con el profundo sentido humano que tenía de los problemas del niño, propugnó y fué uno de los precursores del florecimiento auspicioso de la Higiene Escolar en el Uruguay.

Encomendáronme un tema en extremo vasto, he de desarrollarlo, pues, con las inevitables lagunas, derivadas de la necesidad de ser relativamente breve y también por las limitaciones del tiempo, tendrá pues mi exposición lagunas, y, he de pasar sólo mera revista de puntos que, a pesar de su importancia, no tengan un interés directo para mis propósitos, que es el de informar a las autoridades de mi patria sobre las obras que, a nuestro juicio, tengan más urgencia de ser reproducidas en mi tierra.

Generalidades

El objeto de nuestro estudio es el niño de seis a catorce años, el estudio de sus problemas, y la busca y aplicación de los medios para resolverlos.

Encarada la H.E. con este criterio debemos estudiar:

- a) El escolar.
- b) El ambiente.

El escolar.

Debe ser estudiado en sus cambiantes aspectos físicos y fisiológicos, en sus facultades mentales.

Con el estudio físico se despistan posibles enfermedades, el pesaje periódico informa de las desviaciones del crecimiento y orienta el tratamiento correspondiente, las inmunizaciones evitan las enfermedades transmisibles. La evaluación de la agudeza de los sentidos sirve también para la orientación del niño hacia escuelas especiales (Escuelas para duros de oído, sordos, etc.). Cuando el defecto sensorial es más burdo el despiste es obvio, el caso de un sordomudo, por ejemplo, y la orientación a la escuela correspondiente es automática.

En el examen mental del niño encontramos o una variación del Q.I. o dificultades del carácter. En cualquiera de estos casos se nos hace evidente la importancia del conocimiento de estas anormalidades para adecuar la enseñanza a las deficiencias, ya en las clases diferenciales, ya en escuelas especiales.

El ambiente del escolar.

Este está constituido por:

- a) La escuela.
- b) El medio extra escolar.

En La Escuela interesa a la H.E. el tipo de construcción, cubaje de aire por alumno, luz y aire, lavabos, lugar de recreación y sitio para un consultorio y primeros auxilios. La orientación de acuerdo al clima y vientos dominantes, locación de modo que el escolar no quede muy lejos de la escuela, etc.

Higiene de la enseñanza. Es otro de los atributos de la H.E. y consiste en la redacción de los programas de acuerdo con las posibilidades del niño, fijando la duración y la distribución de las horas de clase.

La cultura física y la enseñanza de la higiene constituyen, por último, preocupaciones de la H.E. en lo que se refiere al niño dentro de la escuela.

Vamos a referirnos ahora al ambiente del niño fuera del medio escolar.

Debemos ocuparnos en primer lugar del hogar, éste depende de la estructuración de la familia, de su nivel económico y moral, factores éstos en gran parte relacionados con la organización de la sociedad y en íntima interdependencia con ésta. La solución de

los problemas que el hogar plantea están fuera del alcance directo de la H.E. Las leyes sociales, la educación de las masas y el Servicio Social señorean en este campo.

El aprovechamiento de las horas libres. Este capítulo tiene una actualidad candente, ya que los hábitos modernos de vida, sobre todo en las ciudades, que con su aglomeración de población son totalmente inadecuados para el esparcimiento de los niños, y con más razón en la etapa de gran actividad motriz de la escolar, hace que el niño vaya a la calle y en el ocio y las malas compañías encuentre el clima propicio para desviaciones de su conducta. Los espacios verdes, los deportes y sobre todo los Clubs de niños son los métodos modernos para evitar el ambiente nocivo para el niño y ser así profilaxis de la delincuencia infantil.

La Higiene Mental.

Buscar el ambiente adecuado, físico y espiritual del escolar, para que en él, seguro de sí mismo, desarrolle armónicamente sus facultades es el desideratum de la Higiene Mental. Esto es el resultado de cada una y de todas las normas de la H.E. y de la cooperación de todos los que directa o indirectamente tienen que tratar con el escolar.

El maestro creando en el educando una sensación de seguridad.

El Psicólogo y el Psicopedagogo estudiándolo y tratando de descubrir los desequilibrios anímicos, ya creándoles un ambiente adecuado.

La labor del médico es tener al niño sano, etc.

Planteado sumariamente el campo de acción de la H.E. nos corresponde ver los medios de que dispone la misma para el logro de sus objetivos.

La legislación social.

Esta actúa de dos maneras, ya directamente como en la legislación del trabajo de menores, de obligatoriedad de la enseñanza primaria, etc., ya en forma indirecta, ya que toda ley que lleve en su espíritu y en sus efectos a una mayor justicia social ejerce siempre un efecto protector y consolidador de la familia, estructura básica para la salud física y espiritual del niño.

La Medicina Escolar.

La medicina escolar es sobre todo profiláctica y su acción se ejerce en la siguiente forma:

- a) Inmunizaciones.
- b) Examen médico-odontológico periódico de los alumnos.

- c) Medición y peso periódico de los escolares.
- d) Profilaxis por el tratamiento. Parecería que las palabras tratamiento y profilaxis se excluyen, no es así ya que el tratamiento precoz de una enfermedad es la profilaxis de sus complicaciones, el tratamiento de una carie de primer grado es la profilaxis de la integridad del diente, etc.
- e) El estudio Psico-somático de los alumnos y su orientación a escuelas especiales.

La Educación Sanitaria.

La maleabilidad del escolar, su gran volumen humano en relación a la masa de la población, ya que constituye alrededor del 15% de la población total de un país. La posibilidad de ejercer sobre esa masa una acción directa derivada de su presencia obligada en la escuela; el prestigio del maestro y la posibilidad de establecer hábitos en la escuela, hacen de éste un campo de acción ideal para la educación sanitaria.

El Servicio Social.

Completando, y como elemento precioso de cualquier plan de Higiene, tenemos en el S.S. el organismo indispensable de la H.E.

Auxiliando la labor del médico, colaborando en la educación sanitaria; actuando por sí misma en los muchos rincones de la sociedad donde ni la mano del higienista ni la del legislador pueden llegar, de su forma paliativa a la constructiva, es el S.S., uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la H.E.

Después de este planteo de las normas y los medios en los cuales se inspiran, con una u otra variante todo quien encara los problemas del escolar, haremos ahora una reseña de los antecedentes, para seguir luego con un estudio rápido de la H.E. en el Uruguay.

Antecedentes.

Con el nombre de Cuerpo Médico Escolar se crea en el año 1908 el primer organismo con la función específica de atender la salud del escolar bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública.

En 1910 el Cuerpo Médico Escolar pasa a depender del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal. En 1931 pasa a depender del Consejo de Salud Pública.

En 1934, pasa finalmente a depender del Consejo del Niño, como parte de la División de Segunda Infancia y con el nombre de Sanidad Escolar. En 1927 se organiza el Servicio Social al crearse 12 puestos de Visitadoras Sociales.

Como se ve sólo incluimos en esta enumeración algunos de los momentos importantes en la historia de la S.E., ya que la ampliación y extensión de la obra de la S.E. ha aumentado de manera constante desde su creación hasta el presente, y nos sería imposible, por lo engorroso detallar cada uno de los pasos de su evolución.

Vamos a pasar ahora una revista a los organismos que en el Uruguay se ocupan de la S.E.

La medicina escolar.

Desarrolla la S.E. una labor médica del carácter de policía sanitaria. El examen médico de los niños es obligatorio; sin el certificado del mismo los niños no tienen derecho a dar examen, la cultura popular del medio permite y facilita el examen en la casi totalidad de los casos. El examen es efectuado en los locales escolares, en el transcurso del año escolar, por intermedio de médicos escolares, a los cuales se les asigna la tarea de inspeccionar entre 15 y 20 niños por día, a más deben informar sobre el estado sanitario del local escolar. La remuneración de estos profesionales es razonable y además reciben una cantidad fuera del sueldo para costearse la conducción. Si en este examen de rutina el médico encuentra algo de anormal orienta al escolar a los servicios centrales, en donde con el laboratorio o exámenes especializados se completa el examen del niño, y se lo trata.

En Los Servicios Centrales trabajan 4 médicos, tres especialistas y un clínico, éste tiene como tarea principal la expedición de certificados. La escasez de Visitadoras sociales resta eficacia al trabajo médico, porque obliga a ésta a seguir al mismo al pasar éste de una escuela a otra, antes de terminar su labor de encauzar a los niños con problemas especiales de salud. El aumento de las visitadoras sociales, o una solicitud muy especial de las maestras, actuando de "oficio" de trabajadoras sociales, paliaría este déficit.

El volumen de niños examinados por año oscila en algo más de 20.000 niños al año, lo que corresponde al tercio de la población escolar de Montevideo. Si tenemos en cuenta que hay un porcentaje elevado de niños vistos en otras dependencias, mutualidades o medicina privada, encontramos que el porcentaje de niños examinados es más alto, y que el escolar es visto por el médico durante su vida escolar por dos veces cuando menos.

Las campañas especiales contra determinadas enfermedades de repercusión social efectuadas ya por intermedio de S.E. directamente, como la contra la fiebre reumática, o la contra la tuberculosis, principalmente por la Comisión Honoraria de Lucha Contra la Tuberculosis, la contra la difteria, obra del Ministerio de Salud principalmente, dan pruebas de la eficacia de las obras encami-

nadas a la salud del niño en general y en particular del escolar: la difteria casi desapareció, el índice de fiebre reumática en su forma activa disminuyó enormemente, y en pocos años el porcentaje de lesiones abiertas de T.P. disminuyó a la mitad.

Odontología escolar.

Se calcula que el 80% de los escolares uruguayos son portadores de caries dentales, cifra que ilustra de la importancia del problema odontológico escolar.

S. E. cuenta para la atención odontológica de los escolares con 20 profesionales en Montevideo y 24 en el interior. Esta desproporción en la distribución es sólo aparente, ya que la capital tiene casi el 50% de la población del país. Un hecho que nos llamó la atención es que no se efectúa la fluorinización de los dientes.

Servicio Social.

El S.S. de S.E. está centralizado y a cargo de una visitadora jefe. Las visitadoras sociales están repartidas entre la oficina central y las escuelas en la siguiente forma:

Una visitadora jefe del Servicio.

Una para colaborar con el consultorio de clínica general.

Dos que trabajan en la Clínica de conducta y orientación.

Una, que es a su vez psicóloga, tiene a su cargo el consultorio de Psicopatología, en el que se efectúan trabajos de psicometría de los alumnos con déficit enviados desde las escuelas.

Hay por último una asistente social adjunta a la dirección, para los trabajos imprevistos.

En las 174 escuelas de Montevideo están repartidas las otras 15 visitadoras sociales, que ejecutan las siguientes labores de rutina: redacción de fichas sociales, toma de datos antropométricos, examen físico superficial, aplicación de vacunas, curaciones, control de enfermedades transmisibles. Realizan, como vemos, algunas de las tareas de la enfermera. Son también cuando el médico no puede hacerlo, las que seleccionan los niños a ser enviados a las colonias de vacaciones o escuelas al aire libre, etc. Lógicamente realizan también los trabajos sociales propios de su profesión. Hay además dos visitadoras especializadas en audiometría y toma de la agudeza visual que trabajan en equipo y recorren las escuelas buscando déficits de vista y oído y enviando a los niños con ellos a los consultorios respectivos para su tratamiento.

Hay evidentemente una angustia de V.S. dentro de la S.E. ya que para los 62.000 alumnos de Montevideo sólo hay 15, una por cada 12 escuelas y por cada 4.130 alumnos, y si consideramos que a más de su labor de rutina como auxiliar del médico, tienen las

propias de su profesión, a pesar de su espíritu de sacrificio y abnegación no están en condiciones de atender a todas las necesidades de trabajo social de las escuelas.

Empleo de las horas libres del escolar

Ya nos hemos referido más arriba del problema que plantea el empleo de las horas libres del escolar.

La angustia de espacio, sobre todo en las ciudades, creada por la migración hacia los centros urbanos provocada por las industrias, y el aumento consiguiente del precio de la tierra, hacen de las ciudades un ambiente muy poco adecuado para la vida del escolar, ya que no tiene lugar de esparcimiento, el niño busca la calle y en ella, sobre todo en los barrios bajos, organiza la pandilla, precursora de la "patota" vivero natural de la delincuencia juvenil.

Organizar las horas libres del escolar es la mejor protección que puede hacer una sociedad contra la delincuencia juvenil, cuyos índices tienden a aumentar de un modo alarmante en todo el mundo.

El problema presenta dos fases, que se complementan entre sí.

- a) Impedir que el niño ande por la calle.
- b) Atenuar, por medio de un ambiente adecuado, en lugares de esparcimiento la mala influencia que puede tener sobre el niño un hogar mal constituido.

La creación y la organización de lugares de esparcimiento, ubicados estratégicamente en los barrios de población densa, con profesores de cultura física que dirijan y orienten juegos y competencias deportivas es fundamental para estos propósitos, esa es la preocupación de la Comisión Nacional de Cultura Física, creada en 1911

El Municipio entra también en forma importante, en la planificación de los barrios futuros, que contemplen la inclusión de estos lugares de recreo. Fué en un principio la preocupación la creación de espacios verdes, eso es insuficiente, sobre todo en un país con estaciones frías y lluviosas; eso movió a la necesidad de organizar sitios cubiertos de recreación, que además de canchas cubiertas incluyen biblioteca, cine, consultorios médicos y algo para atraer más a los niños, como es un planetario, que como novedad se construye en un centro modelo de este tipo que se edifica en Montevideo.

Clubes de niños.

De mayor trascendencia aún es la creación y difusión de estos Clubs que ofrecen características distintas si son creados en la ciudad o en el campo. Se originaron en Providence, EE.UU. en donde un industrial de gran visión, en vista de los desmanes que producían los niños de la localidad contra su fábrica, y desoyendo los

consejos de quienes le aconsejaban recurrir a la policía, agrupó los niños en un club, les dió comodidades y medios para distraerse. Los resultados fueron espectaculares, los desmanes desaparecieron. Esta experiencia se extendió rápidamente a todo el mundo.

El Club urbano tiene por principal objeto sacar al niño de la calle; puede tener un local propio, que es lo ideal, o funcionar en la propia escuela. Su organización es obra de años, pero sus resultados son sorprendentes. El Profesor Maggiolo, pioner e incansable trabajador en favor de los mismos en el Uruguay, también decía que si bien la organización necesita ayuda del Estado, debe estar en manos particulares para su éxito.

Hemos tenido el placer de visitar y ver funcionar uno de estos Clubs rurales. Sesionan una vez al mes, en esta sesión los niños plantean los proyectos a realizar, los explican e informan de los resultados obtenidos. En las niñas estos proyectos son principalmente sobre labores y avicultura. En los varones zootecnia, también agricultura.

Vamos a ilustrar unos ejemplos sobre proyectos.

Una niña cría aves. La estación agronómica cercana la provee huevos de raza y una yunta de aves finas. Le enseña a construir un gallinero con los materiales locales, que la niña lo edifica con sus propias manos. Nacidos los pollitos, la estación le provee de los alimentos necesarios para las aves. Todos estos servicios los recibe la niña en calidad de préstamo, la venta de aves y de huevos hace que la niña salde sus deudas en pocos meses. El gallinero se vuelve luego una fuente de ingresos para su dueña, que aprende las ventajas de las aves de raza y la manera de criarlas, le da seguridad al ver que puede ganar dinero con su propio esfuerzo, responsabilidad porque contrae una deuda y tiene que pagarla, despierta curiosidad en el padre y en los vecinos sobre las aves finas, etc.

Un niño cultiva, bajo la dirección de la misma estación, $\frac{1}{2}$ hectárea de maíz híbrido, en la mitad con abono, la mitad sin él. Este plan ilustra al niño sobre las ventajas del abono, y sobre la superioridad del maíz híbrido sobre el común, que es el que cultiva el padre del niño, despierta el interés del padre hacia el nuevo tipo de maíz, etc.

Todos los socios del Club han cumplido hasta ahora rigurosamente con las deudas, derivadas de la explotación a la que se han dedicado.

La enseñanza Especial.

La necesidad de los tiempos nuevos, y el mayor conocimiento del escolar hace que la escuela de antiguo cuño sea insuficiente para resolver en su totalidad los problemas derivados del derecho que tiene el niño a una instrucción adecuada a sus necesidades.

Estadísticas locales (Verdesio) encuentran que el más del 15% de los niños en edad escolar son de alguna manera defectuosos, e incapaces por ende de aprovechar la escuela común, este porcentaje da un total de 23.812 niños defectuosos, cifra ilustrativa de la importancia de la enseñanza especializada.

La protección de este importante material humano se la efectúa, no sólo por los más fundamentales sentimientos de solidaridad humana sino que también y en igual grado por razones de perfilaxis social y económica. El niño defectuoso que no recibió educación especializada es una rémora y una carga social ya que es incapaz de sostenerse a sí mismo y la sociedad debe cargar con él, o bien al sentirse él en un ambiente hostil, la enseñanza corriente no es adecuada para él, se hace un inadaptado social, con todos los peligros que ello acarrea.

Siguiendo a Verdesio, y para favorecer la exposición, vamos a revisar las obras de la enseñanza especializada de acuerdo a su clasificación.

Niños anormales	{	físicos	{ débiles inválidos
		sensoriales	{ sordomudos ciegos con defectos en el habla
Niños anormales	{	intelectual	{ falsos anormales verdaderos anormales
		moral	{ anormales del carácter

Ya hemos revisado la acción propiamente médica de la S.E. sobre los escolares. Las obras que enumeramos a continuación ya no son en su mayoría dependientes del Consejo del Niño; dependen casi todas o del Consejo Superior de Enseñanza o de la iniciativa privada.

Niños débiles.

El Uruguay, en lo que a alimentación se refiere es indudablemente uno de los países privilegiados del mundo, con un promedio calorías día per cápita de alrededor de 3.000, y un consumo de proteínas de origen animal que corresponde a un importante porcentaje del valor calórico total de la dieta. No quiere decir con esto que no haya en el país desnutridos, como lo demuestra Verdesio en sus fecundas estadísticas de 1933.

La protección al niño se plantea en el Uruguay en la siguiente forma:

En 1920 se inicia la copa de leche.

En 1931 se crean 6 refectorios escolares.

En 1941 ya existen 681 refectorios.

En 1950 funcionan 1.343 refectorios en todo el país, 26 en Montevideo y 1.317 en el interior, con una asistencia de 73.317 escolares, cifra que corresponde al 34% de la población escolar del país.

Las comidas ofrecidas satisfacen, aproximadamente el 50% de las necesidades calóricas, del 50 al 100% de las necesidades proteicas, 100% de las de hierro y 17% de las de calcio.

La copa de leche. Es otra de las importantes contribuciones a la alimentación del escolar. En 1950 se distribuyeron 1.099.138 litros de leche y 334.072 kilos de pan entre los escolares.

La iniciativa privada juega un importante papel en este renglón de protección alimentaria del escolar. En Montevideo la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia costea 12 refectorios, con una asistencia diaria de 2.000 niños. En el campo el aporte es mucho más importante, los aportes privados sostienen el 50% de los gastos ocasionados por los refectorios. Es interesante hacer notar a título de información que, en un refectorio oficial se necesitan de cuatro a cinco personas para hacerlo funcionar, y en uno de la A.U.P.I., con una cantidad equivalente de asistentes, sólo es atendido por dos personas.

Colonia de vacaciones de Piriápolis. Es una de las instituciones permanentes para la atención del niño débil y funciona en lo que otrora fuera hotel de lujo. A ella acuden niños de toda la República, que vienen acompañados de sus maestros y tienen una permanencia media de un mes y medio. El establecimiento funciona todo el año con una capacidad de 250 niños. A pesar de no haber un programa orgánico de estudios, los juegos dirigidos, las excursiones y el acúmulo de vivencias placenteras en niños todos venidos de los hogares más humildes del país, hace que la escolaridad de los que asisten a este benemérito establecimiento no se resienta con la pérdida del mes y medio de clases.

Escuelas al aire libre, campamentos escolares. Como ejemplo de éstas tenemos la Escuela Marítima de Malvín, con capacidad de 250 niños, todos de clases más desamparadas que asisten allí con un régimen de semi internado. En vacaciones esta Escuela se convierte en un campamento escolar (Colonia de vacaciones) y junto con campamentos que se establecen, en Malvín, Buceo, Miramar, Cerro, Carrasco, y en 4 localidades del interior, alojan, durante el verano, 3.500 niños.

Aunque no con el mismo propósito específico, funciona la Escuela al aire libre para hijos de bacilares, con el nombre de Pre-

ventorio de tuberculosis con una asistencia de alrededor de 180 escolares.

Deficientes sensoriales

Sordomudos. Se calcula que cada 10.000 habitantes hay 8 sordomudos. Es decir que el Uruguay tendría 2.000 sordomudos.

Existe en Montevideo una escuela de sordomudos, dependencia del C. de Enseñanza Primaria y Normal, que es una institución modelo. Los sordomudos después de una estadía de más o menos 8 a 10 años adquieren a más del habla y la lectura de los labios una instrucción correspondiente a la de la escuela primaria, además los asistentes adquieren un oficio en los talleres anexos a la misma. Junto a esa escuela, fundada y costeadada por la iniciativa privada existe otra Institución extraordinaria: El hogar de la sordomuda. Creada en un principio para recibir a las egresadas, que al acabar sus estudios se sentían desorientadas en la vida, recibe ahora niñas, sobre todo venidas del campo y que no tienen donde vivir. Anexo a este hogar funciona un taller de lavandería, donde trabajan las internadas lo que permite que en gran parte sea solventado el gasto de la manutención del Hogar. Este tiene un local propio, claro y alegre.

Profilaxis de la sordera.

Bajo la Dependencia de S.E. funciona un equipo, compuesto de un especialista médico y de dos visitadoras especializadas en audiometría, éstas levantan un catastro de la audición de los escolares, y el especialista trata los susceptibles de cura. Aproximadamente hay un 15,2% de duros de oído (Bauzá), muchos de los cuales por lesiones del cavum y que mejoran con el tratamiento oportuno.

Escuela para ciegos.

Con gran eficacia funciona una escuela especializada en ese sentido en Montevideo.

Niños Lisiados.

El problema del niño lisiado no es de gran volumen, en su mayoría se refiere a parálisis cerebrales, y en los últimos tiempos escuela de poliomiélitis.

Escuela para niños lisiados Franklin D. Roosevelt.

Modelo de organización y eficacia, esta escuela es obra de la iniciativa privada, tiene un régimen de semi internado y tiene de-

partamentos pedagógico, físico, psicológico y foniátrico a más de la ortopedia y reeducación física. Se admiten en la escuela niños de cociente cerca de lo normal, es decir sólo los factibles de recuperación.

También en el Hospital Pereira Rossell funciona, desde 1939, un servicio médico-quirúrgico para la rehabilitación de estos niños.

Escolares con defectos del lenguaje.

Verdesio encuentra en su trabajo estadístico que, sobre 51.257 escolares, hay los siguientes defectuosos del lenguaje hablado:

Dislalias	5.26%
Disartrias	4.12%
Total	9.38%

De los dislálicos son retrasados en grado muy diverso el 62.03%.

De los disártricos el 70.94%.

No existen escuelas especiales para estos niños, pero desde 1923 funcionan cursos de ortofonía para maestros, los que después de egresados atienden a estos niños en la escuela común.

Anormales psíquicos.

Antes de referirnos a las obras en pro de estos niños, debemos referirnos a Instituciones que, al ser a manera de laboratorios donde se estudian los problemas del anormal psíquico, son las encargadas de crear la conciencia de la necesidad de protección de esta clase de niños, plantearlos y dar las normas para sus soluciones. Son el Laboratorio de Psicopedagogía "Sebastián Morey Otero", dependencia del Consejo de Instrucción Primaria y Normal y bajo la dirección eficaz de la profesora María Carbonell de Grompone, creado en el año 1933. Esta institución cuenta con las siguientes secciones: Pedagógica, que encara los problemas de la labor pedagógica en las escuelas, trabaja además en un Test de las diversas asignaturas. Sección de educación especial, se dedica principalmente a la psicometría de los escolares que no son capaces de seguir la escuela común. Sección de clasificación escolar, realiza tests colectivos de los escolares, a pedido de las educadoras o con fines de estudio. Una sección de clínica psicológica, para el estudio y tratamiento individual de los educados con dificultades.

La Clínica Médico-psicológica del Hospital Pedro Visca, que actúa en conexión con la Universidad, creada y dirigida actualmente por el Prof. Dr. Julio Marcos, su objetivo fundamental es "El estudio integral psicomático de los niños enfermos, encauzándolos en una

adecuada dirección psicoterapéutica". Esta clínica cuenta con diversas secciones: Psiquiatría, Neurología, Pediatría, Psicotecnia, Foniatría, Reeducción motriz, a más del Servicio Social.

Ahora bien, dentro de S.E. existen organismos que con menos aliento que los arriba descriptos se ocupan del despistaje y tratamiento de los anormales psíquicos. Son la Clínica de orientación y conducta del Dr. Chans Caviglia, y el Consultorio de psicopatología, de función sobre todo psicométrica y que funcionan en la oficina central de S.E.

El estudio de los anormales intelectuales se hace por intermedio y con la colaboración de las instituciones arriba nombradas.

Veamos ahora el destino de estos niños.

Falsos anormales.

Se llaman así los niños cuyo Q.I. debajo del normal, está entre 70 y 85. Para ellos fueron creadas en 1927 las clases diferenciales, que funcionan junto y al mismo tiempo en las escuelas ordinarias. En 1950, se sistematiza su funcionamiento, creando, para cada escuela, 3 años diferenciales. Actualmente se benefician de estos cursos diferenciales 20 escuelas en el país: 17 en Montevideo y 3 en el interior. Estos cursos diferenciales a más de las ventajas que ofrecen a los deficientes, favorecen la marcha de los grados ordinarios, al hacerlos mentalmente más uniformes.

Anormales intelectuales verdaderos.

Son los niños con Q.I. debajo del 70%. Se consideran recuperables, es decir, capaces de valerse en la vida a los cuyo Q.I. oscila entre 50 y 70. Para estos niños "recuperables" existen dos Instituciones:

La escuela de recuperación psíquica (ex especial). Funciona esta escuela bajo el aliento inteligente y generoso de su directora Profesora Eloísa Etchegoyen de Lorenzo con una perfección y eficacia que es honra y gala de quien la dirige y de quienes colaboran con ella.

El régimen de la escuela es de semi internado, y los alumnos, en ocho a diez años llegan a tener la instrucción que corresponde a un cuarto año primario adelantado, a más de la orientación hacia una labor manual que les permita ganarse la vida, y que la reciben en talleres anexos a la escuela. Desde 1949 funcionan, como complemento de la educación de los niños que a la escuela asisten, clases para los padres de los alumnos que "creando una conciencia de grupo, que promueva planes de rehabilitación de la comunidad a los efectos de aumentar las facilidades educacionales y vocacionales actuales para los niños con déficit en todo el país".

Obra Morquío

Creada por iniciativa privada en 1943 es actualmente de carácter mixto obligados por las circunstancias, se admiten también niños "no recuperables" y algunos con dificultades de carácter, amén de niños con dificultades motrices. El sistema es de internados y la instrucción es desde la gratuidad absoluta en aproximadamente el 50% de los internados. El resto paga cuotas mensuales que varían de acuerdo a las posibilidades financieras de los encargados de los postulados. El número de internados es de 150, y es alentador el número de los recuperados, tiene también talleres, en donde los internados aprenden un oficio.

En Colonia Suárez existen "hogares" para oligofrénicos, que están distribuidos de acuerdo a su Q.I.

Niños anormales de conducta.

Estos niños son remitidos a través de la Institución Dámaso Larrañaga, dependencia del Consejo del Niño, y que es la institución encargada de su estudio y orientación, a las escuelas Hogares, institución tipo del país destinada a estos niños. En estas instituciones el objetivo es reunir, en grupos pequeños a esta clase de niños, en un ambiente que se procura hacer en lo posible familiar, para que alejados del medio que los llevó a desviarse en su conducta reciban una educación correcta. Estos hogares son más interesantes en el campo, en donde el trabajo de la tierra por los alumnos, permite que estos establecimientos sean menos onerosos, y al mismo tiempo crean el sentido de responsabilidad de los alumnos que contribuyen a su sustento con su trabajo.

Los niños con problemas más serios van a Colonia Suárez.

Comentario.

Hemos pasado, a vuelo de pájaro, una ojeada sobre los problemas que plantea el escolar y de los medios de que se valen en el Uruguay para resolverlos.

Se nos aparece en primer lugar la vastedad y la pluralidad de los problemas a resolver, y la íntima dependencia entre los problemas particulares con los de orden general en la estructura social.

Las leyes sociales, por ejemplo, Asignaciones Familiares y consejos de salarios repercuten en forma evidente dentro del sector de Higiene Escolar que aquí tratamos, la afluencia a los refectorios escolares disminuyó, esto a más del interés que tiene como índice del estado de la sociedad, tiene otro aspecto; al no necesitar de los refectorios públicos, el niño no sale de su casa, come en familia, aumentando así la fuerza de los vínculos familiares.

Otro aspecto que nos llamó la atención es el siguiente, que si bien existen deficiencias en muchos sectores, el problema siempre está bien planteado: el del niño como persona, como ser sensible, con todos sus necesidades físicas y espirituales, procurando cuidar de su cuerpo, legislando a su favor, encarando el problema de los menos dotados, defendiendo a la familia y procurando crear al niño, cuando no lo tiene verdadero, aunque sea un remedo de hogar. Quisiera poder llevar a mi Patria algo de este espíritu, ya que en ella estamos aun en la etapa un poco "mecanicista" de la protección infantil, creyendo muchos que el desideratum de la protección infantil es el Centro de Salud el cual está lejos, por muy perfecto que sea, de resolver todos los problemas del niño.

Nos queda por último agregar nuestra gratitud a la O.E.A. que hizo materialmente posible nuestros estudios de Seminario, al director General de I.A.P.I. Doctor Roberto Berro, al Profesor Emilio Fournié y demás funcionarios que tanto colaboraron al éxito de nuestros estudios, y por último hacer un homenaje pleno de gratitud, admiración y simpatía para quien nos acompañó, con un interés y constancia ejemplares durante toda nuestra estadía en esta muy bella y cordial tierra hermana del Uruguay: el Doctor Víctor Escardó y Anaya.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Saralegui, La Escuela y la Salud. Montev. 1944.
- 2) Verdesio, La enseñanza especial en el Uruguay. Mont. 1934.
- 3) V. Escardó y Anaya, Organización de un Hogar para débiles mentales. Montevideo. 1942.
- 4) Oscar Colmenares Pacheco, Higiene escolar y Odontología. Caracas. 1945.
- 5) Julio C. Rodríguez, Una reseña histórica de la educación física y la recreación en el Uruguay. Montevideo. 1952.
- 6) Carlos A. Bauzá, El problema médico-pedagógico de los escolares con déficit auditivo en el Uruguay. Montevideo. 1950.
- 7) Carlos A. Bauzá, Juan J. Ravera, Audiometría vocal fonográfica en los escolares. Montevideo. 1950.
- 8) Julio Marcos, La Clínica psicológica del Hospital Pedro Visca. Mont. 1949.
- 9) Alberto Munilla, Protección alimentaria de los niños en el Uruguay. Mont. 1952.
- 10) Javier Gomensoro, La educación sanitaria en el Uruguay. Montevideo. 1953.
- 11) Luis M. Petrillo, Organización de la División Higiene del Consejo del Niño. Montevideo. 1937.
- 12) María Marta Villalba Oliva, La educación de los niños anormales. Bol. de la I.A.P.I. Tom. V. Vol. 1. 1931.

REFECTORIO MATERNO INFANTIL Y GOTA DE LECHE DE PANDO

Por el doctor Basilio Pozzi Minvielle
(Uruguay)

Haremos una exposición de lo que es el Refectorio Materno y la Gota de Leche en primer lugar, y luego analizaremos la labor que realiza.

Empezaremos por decir que es una dependencia del Consejo del Niño, órgano oficial que tiene bajo su jurisdicción todo lo referente al niño desde su nacimiento hasta la mayoría de edad. Esta institución se rige por un código, el Código del Niño, en el que se han reunido las leyes, disposiciones y en fin, todo lo que desde el punto de vista legal va a amparar al niño hasta su mayoría de edad.

El Consejo del Niño, ha dividido sus distintas reparticiones en secciones especializadas, entre las que se encuentra la División Primera Infancia, que tiene bajo su dependencia y control los Refectorios Materno Infantiles y las Gotas de Leche de todo el país.

La División Primera Infancia, de acuerdo al Código del Niño, tiene bajo su protección al niño desde su nacimiento hasta los tres años de edad. El Código establece la protección integral del niño en lo referente a lo higiénico, sanitario, social y jurídico, propendiendo así a vigilar su normal desarrollo psico-psomático.

En la ciudad de Montevideo, la División Primera Infancia es la que asume bajo su control todo lo referente a los Refectorios Materno Infantiles y las Gotas de Leche. Esto no ocurre en las ciudades y localidades importantes del interior del país, donde delega sus funciones en Comités Delegados Departamentales y Sub Comités Locales. Los miembros de éstos son de carácter honorario y cumplen con eficiencia sus funciones.

Refectorio Materno Infantil y Gota de Leche. El personal de R. M. I. y de la G. de L. consta de un Médico Pediatra, que tiene bajo su dirección la parte técnica y administrativa; una encargada que tiene la vigilancia del personal, auxilia al médico y colabora en la función administrativa. Desempeñan la función doméstica una cocinera y una sirvienta.

Aunque el Refectorio y la Gota funcionan en el mismo establecimiento y con el mismo personal, tienen funciones distintas, a las que nos referiremos a continuación.

El R. M. I. tiene como función específica vigilar a la embarazada y a la puerpera mientras cría a su hijo a pecho. Esta vigilancia se extiende hasta que el niño cumple seis años.

Como carecemos de servicios obstétricos, enviamos a las embarazadas a los centros de Salud Pública, donde médicos y personal especializado practican los exámenes correspondientes y hacen los análisis de acuerdo a las normas establecidas en esos servicios.

Se persigue con esto, poder poner a la futura madre en las mejores condiciones posibles para que tenga hijos sanos y en algunos casos despistar afecciones que puedan repercutir en el futuro bebé y prevenirlas hasta donde sea posible.

Concurren al R. M. I. y allí se les brinda una comida abundante, sana y nutritiva a las mujeres embarazadas en los últimos meses del embarazo y durante el período en que cría a pecho a sus hijos, hasta que el médico de la Gota ordene otra cosa.

Para poder concurrir al comedor del R. M. I. se requiere, primero: ser económicamente débil; segundo: tener un embarazo mayor de cinco meses; tercero: criar el hijo a pecho.

Además de las mujeres, concurren niños menores de seis años, a los que se vigila en su peso y desarrollo, dándoles también una comida adecuada y leche de muy buena calidad.

La Gota de Leche en Pando funciona los días lunes, miércoles y viernes, y tiene como principal misión evitar que los niños enfermen, vigilar su alimentación, su desarrollo, despistar afecciones hereditarias, usar medidas profilácticas y en general todo aquello que pueda contribuir al normal crecimiento del niño, permitiendo que éste se desarrolle y críe en las mejores condiciones de salud y bienestar.

Los niños que concurren a la Gota de Leche deben ser menores de seis años, y ser hijos de padres económicamente débiles.

Los niños ingresados son fichados en fichas standard, individuales y numeradas. En estas fichas se anota el nombre del niño, la edad, nacionalidad, raza, antecedentes personales y familiares, datos referentes al parto y todo otro dato que pudiera ser útil y que se desprenda del interrogatorio de la madre o de quien la representa. Se anota también el peso, altura, vacunas recibidas y todos los datos derivados del examen clínico realizado y medidas profilácticas o terapéuticas aconsejadas. En la misma ficha se anotan los datos aportados en cada nuevo examen.

Siendo la misión específica de la Gota evitar que el niño enferme, atiende también a los niños levemente enfermos.

La misión fundamental de la Gota de Leche es:

1) Vigilancia del desarrollo nutritivo, funcional y psíquico del niño por medio del contralor periódico del peso, desarrollo y estado de salud física y mental.

2) Proporcionar conocimientos sobre alimentación natural y artificial por medio de instrucciones dadas a las madres, ya sea directamente o por medio de folletos apropiados para esos fines.

3) Suministro de alimentos a niños pequeños de padres comprendidos en la categoría denominada: económicamente débil. Para el Ministerio de Salud Pública están en esta categoría aquellos cuyos ingresos mensuales no sobrepasen los 200 pesos oro uruguayo. Para el Instituto de Asignaciones Familiares este límite se ha elevado a 400 pesos.

A quienes tienen el Carnet de Salud Pública se les proporciona: leche fresca, leche en polvo, harinas, tónicos, vitaminas y todo lo que contribuya a preservar la salud del niño.

4) Asistencia sanitario-preventiva. Es preocupación constante hacer la investigación de la alergia tuberculínica y de la sífilis, para despistar enfermos y evitar el contagio dentro y fuera del establecimiento.

Vacunaciones: la vacunación se hace sistemáticamente a todo niño que pasados los seis meses se halle en condiciones de recibirla. Las madres no se resisten, pues la educación sanitaria de nuestro medio es muy elevada y son muchas las que concurren y piden que se vacune a sus hijos.

Se hace de preferencia la vacuna antivariólica y la triple contra la difteria, tos convulsa y tétanos. Otras vacunas se hacen pero no de manera sistemática.

Gracias a la vacunación sistemática han desaparecido de nuestro medio, la viruela y la difteria. Esta última pagaba un tributo muy caro de morbi-mortalidad, especialmente en la población infantil.

5) Vigilancia del niño levemente enfermo. Es nuestra preocupación principal vigilar con cuidados especiales los niños con trastornos distróficos, pues en ellos se desarrollan más fácilmente y con mayor gravedad los trastornos diarreicos en verano y las afecciones bronco-pulmonares en invierno, así como perturbaciones orgánicas de distinta naturaleza que repercuten en su desarrollo psico-somático.

Para combatir de modo eficiente esta grave enfermedad que tiene una etiología social evidente se requiere una acción eficiente del médico puericultor, visitadoras aptas y una alimentación bien dirigida y controlada desde el primer día del nacimiento.

6) Acción educativa. La acción educativa se realiza en el consultorio y fuera de él. En el consultorio por medio de acción directa del médico y de la encargada, mostrando niños eutróficos y aún distróficos, dando clases vivas de puericultura. Se enseña a las madres cómo deben alimentar a sus hijos, cómo deben preparar una mamadera y en la forma y horarios que hay que darla, y el porqué de tal o cual alimentación.

Cuando la oportunidad es propicia damos charlas sobre temas fáciles relacionados con la salud, la higiene y el bienestar del niño.

Se realizan festivales en los que intervienen niños concurrentes a la Gota, a los que se les enseña cantos, bailes regionales, representaciones teatrales, etc.

7) Comisión de cooperación. Tenemos una comisión de cooperación o fomento, integrada por caracterizados vecinos, que han contribuido a realizar una obra educativa por medio de la enseñanza de corte, bordados, tejidos, etc. Además arbitra recursos económicos y con ellos se costean los gastos de los festivales, repartos de juguetes y ropas para los niños.

Nuestra labor queda limitada por la falta de visitadora social. Es indudable que las proyecciones que puede tener nuestra labor se ven obstaculizadas por la falta de un elemento tan importante, pues no es posible controlar ni enterarse de las necesidades que indudablemente existen en la población de los barrios pobres y de la

campaña, puntos esenciales de nuestra labor. Tenemos un gran número de fábricas y también una campaña muy extendida.

Nuestra obra sería mucho más beneficiosa y podrían hacerse censos, estudiando las condiciones ambientales donde se desarrollan y crecen muchos niños, y recorriendo sobre todo nuestra campaña donde tanto se necesita la acción educativa. Si pudiéramos complementar nuestra labor en la forma indicada, consiguiendo un número de visitadoras suficientes, habríamos logrado un mejor y más eficiente servicio, en favor del niño.

PAPEL DE LA ASISTENTE SOCIAL DE LA DIVISION HIGIENE SERVICIO DE SANIDAD ESCOLAR — CONSEJO DEL NIÑO

Por la señorita Zulema Rodríguez Pacios
(Uruguay)

Con el fin de proteger al niño dentro del aula escolar, el Ministerio de Instrucción Pública creó en el año 1908, el Cuerpo Médico Escolar integrado exclusivamente por un personal técnico de médicos, que desarrollaban sus actividades dentro de las mismas.

En 1910 este organismo pasó al Consejo de Enseñanza Primaria y Normal, hasta que en 1931 por la ley de Salud Pública que refundía, las Instituciones de Asistencia y Previsión Social pasó a dicho Consejo (Salud Pública).

En 1934, al crearse el Consejo del Niño fué incluido bajo el nombre de División Higiene Servicio de Sanidad Escolar a este nuevo organismo, que controla todos los problemas relativos a la vida física, intelectual y social del niño.

Si bien desde el año 1908 se trató en nuestro país de estudiar y atender las condiciones sanitarias del niño en edad escolar, fué recién en el año 1926 que por iniciativa del Sr. Consejero de Enseñanza Primaria y Normal Dr. José Arias, se crearon e incorporaron en el Presupuesto de dicho Consejo 12 cargos de Visitadoras Escolares, cargos éstos que fueron recién ocupados en el año 1928.

Merced a la iniciativa del Dr. Rafael Schiaffino (Director en ese entonces del Cuerpo Médico Escolar) y con el apoyo de varios médicos higienistas, se dictó en la Facultad de Medicina de Montevideo el 1er. curso para optar el título de Visitadora de Higiene Social.

Este curso se hizo en forma intensiva en un período de 2 años, y así, en el año 1928 egresaron las primeras Visitadoras de la Facultad de Medicina, que en el correr del año fueron incorporadas

mediante concurso de oposición al Cuerpo Médico Escolar, dependencia del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal. Actualmente el número de Visitadoras en esta repartición se ha elevado a 24, número que ha aumentado en caso de emergencia por servicios contratados.

Con el aporte de este Servicio de Visitadoras se amplió sensiblemente la órbita de trabajo de la Institución por el mayor número de niños concurrentes a las distintas Clínicas, por una mayor vigilancia y protección y por una más ajustada distribución de los niños en las Escuelas especiales, (Aire Libre, Colonia Marítima, Preventorio Escolar, Comedores Escolares, etc) datos que constan en las memorias anuales del Servicio.

EN QUE CONSISTE LA MISION DE LA ASISTENTE SOCIAL EN EL SERVICIO DE SANIDAD ESCOLAR.

Podemos sintetizarla en el siguiente cuadro:

En la Escuela: Control y previsión en cuanto a higiene se refiere (general o individual).

En el Hogar: Difusión de imprescindibles reglas de higiene, bastante desconocidas en ciertos medios, profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas; requisas de datos que puedan interesar desde el punto de vista de la salud del niño y estudio de la situación económico social.

Analizando sintéticamente los puntos indicados, corresponde destacar:

1) **En la Escuela:** la vigilancia de la higiene del local en general, aseo del edificio, hacinamiento de niños, ventilación e iluminación en el aula escolar, copa de leche, servicio de aguas, retretes, etc., tratando de alejar del niño en la mayor medida posible todo factor que pueda serle perjudicial.

Respecto al alumnado: actúa como colaboradora del médico verificando el contralor de síntomas que hagan presumir un estado patológico, intensificándose esta acción en tiempo de epidemia y separando de la escuela todo niño, que, por atravesar un período de enfermedad contagiosa, que escapa al control general, representa un peligro para los otros; **examen individual**, consistente en la apreciación de datos **antropométricos**, de indiscutible importancia como índice de vitalidad del niño, y preparación de la ficha individual. De esta última se infiere la situación social y económica del niño, corroborada muchas veces con visitas domiciliarias y solución de los problemas que se presentan. **Audición:** contamos actualmente para su estudio con un audiómetro portátil que permite registrar el grado de audibilidad del niño, aparato manejado por una Maestra Visitadora y una Asistencia Social. Se suele encontrar así una disminución, frecuentemente acompañando a las afecciones anteriormente citadas, dando

lugar a una clasificación errónea en las clases, donde llega a considerarse retardado mental a un niño que sólo es un retardado sensorial.

Visibilidad: Es notable el número de niños que presentan defectos de refracción ignorados de sus maestros y familiares, defectos que en las clases los ponen en inferioridad de condiciones respecto a los otros, haciéndoles también acreedores en casos muy marcados a los errores de clasificación ya mencionados y cuya corrección les permite dar un rendimiento intelectual mayor.

Investigación de discromaptosias: Como material se utilizan las láminas pseudo-cromáticas de la "American Optical Company" que tienen la finalidad de filtrar los portadores de un defecto de la visión del rojo-verde, de modo que conocido este déficit, se eliminan precozmente de la elección vocacional del niño aquellas ocupaciones que requieren buena discriminación cromática, favoreciendo así un mejor ajuste del individuo al medio social. En el examen de los ojos se aprecian asimismo con bastante frecuencia afecciones externas de suma contagiosidad.

Piel y Cuero Cabelludo: Investigación de aseo, de enfermedades de la piel bastante comunes en los escolares y que pasan en general desapercibidas encubiertas por los vestidos y los cabellos.

Esqueleto: Investigación de anormalidades y malformaciones óseas indicadoras unas veces de enfermedades en evolución, otras de secuelas de enfermedades ya pasadas, otras congénitas y otras aún debidas a posiciones incorrectas que es necesario corregir en los escolares.

Dentición: Forman un porcentaje altísimo los niños que tienen sus dientes en pésimas condiciones de conservación e higiene. Y bien, de ese minucioso examen se desprenden en muchos casos, los factores preponderantes, causales de la apatía de algunos niños, que se hacen notar por su indolencia, que permanecen adormilados en los bancos, sin que nada despierte su interés y que mejoran psíquica a la par que físicamente, una vez tratadas y en muchos casos corregidas las causas de su déficit, y es de acuerdo con el resultado de ese mismo examen que se envían a la clínicas del Consejo del Niño, Servicio de Sanidad Escolar de Medicina General, Dental Oftalmológica, Otorrinolaringológica, Cardiológica, Psicopatológica de Conducta, de Vacunación o Escuelas especiales, (Auxiliar, Aire Libre, Colonia Marítima, Preventorio, Clases Diferenciales, etc.).

También contamos a estos efectos con la colaboración del Ministerio de Salud Pública, enviando niños en caso requerido a clínicas de Hospital y Servicio de Colectividades, etc. Este último dedicado a la profilaxis de la tuberculosis.

Otra de las funciones que ejerce la Asistente Social en las escuelas es la de separar y enviar a nuestro Centro Psicopedagógico y Patológico, y a la Clínica de Conducta, aquellos niños que son

indicados por la maestra, por no ajustarse al ritmo normal de la clase, niños que son objeto de un estudio especial.

Clínica Psicopedagógica. Esta Clínica creada en el año 1938, por iniciativa del Dr. Luis M. Petrillo, Director del Servicio de Sanidad Escolar, organizada y asistida por una Maestra Visitadora Psicóloga y dos ayudantes, Asistentes Sociales, verifica y clasifica mediante tests, la capacidad mental de los niños que concurren y de acuerdo con la clasificación obtenida, el niño es enviado a la clase o escuela especial que corresponde, (Clase diferencial o escuela Auxiliar). Esa Clínica Psicopedagógica, trabaja en correlación con las otras clínicas (M. General, Oftalmológica etc.). También se atienden en esa Clínica niños enviados directamente por las maestras, Directoras e Inspectores de E. P. y Normal, y aún los que son llevados por la propia voluntad de los padres.

Esa Clínica trabaja en estrecha relación con la Inspección Técnica del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal, a cuyo pedido se realizan numerosos exámenes de escolares por año. En el momento actual se llevan estudiados en esta clínica más de 7.700 alumnos. Como datos ilustrativos agregamos una ligera reseña de la actividad correspondiente al año 1953.

Total de asistidos	850
Clase común	54
Clase diferencial	400
Escuela Auxiliar	303
Sin especificar	34
Alejados de la escuela	59

Es de hacer constar que lamentablemente los niños indicados para clases especiales en su mayoría hubieron de permanecer en las clases comunes que cursaban por insuficiencia de aquellas pués, solamente se cuenta con 17 clases diferenciales, a razón de 25 alumnos por clase, que ya de años anteriores están completas y hasta superpobladas.

CLINICA DE CONDUCTA INFANTIL.

Esta clínica comenzó su labor en el año 1945 bajo la Jefatura del Dr. Juan Carlos Chans Caviglia y con la colaboración de dos Asistentes Sociales.

La labor de esta Clínica se desarrolla en la siguiente forma: Los niños llegan a ella enviados por los médicos inspectores, asistentes sociales, directores o maestros de las escuelas públicas de Montevideo.

Los menores concurren a la clínica acompañados de padres, madres o de las personas que los tienen a su cargo, (cuidadoras, parientes etc.).

Al ingreso a esta clínica se le hace la ficha, donde se anota en

la primera parte la causa de la consulta. Las más comunes son: trastornos del carácter y la conducta, falta de rendimiento escolar, nerviosismo, terrores nocturnos, turbulencias, falta de adaptación a la escuela, convulsiones, epilepsia etc.

De lo que resulta de un total de 2.370 ingresos en estos 8 años el siguiente porcentaje:

Inescolarizables	8,1%
Débiles mentales	32,5 "
Clase Diferencial	42,4 "
Normales	7,8 "
Trastornos del carácter y de conducta	8,3 "
Epilepsia	1 "

Estos niños después de su correspondiente estudio y de acuerdo a los resultados concurren a clases o escuelas especiales encontrándonos con el mismo problema anteriormente expresado.

Además del cometido de orientación y asistencia prestada al niño, realiza obra social y económica.

Desde hace varios años se otorgan certificados médicos para gestionar ante la Caja de Pensiones a la Vejez, la pensión invalidez para los niños mayores de 14 años, que por sus trastornos mentales no son aptos para el desempeño de ningún trabajo.

Gestión ante las Cajas de Asignaciones Familiares para mantener la asignación después de los 14 años, en los niños deficientes mentales que concurren a escuelas o clases especiales.

Solicitar a los servicios Médicos de las Cajas la colaboración en cuanto al Suministro de medicamentos en casos de tratamientos largos y costosos, como es el de Acido Glutámico.

Se atienden los casos en que por ignorancia o por irregularidades legales los niños no reciben el beneficio de la asignación familiar.

Cuando ambos padres son indolentes, los trámites los ejecutan las propias Asistentes Sociales de la Clínica, ejemplo: conseguir certificados de pobreza para sacar gratuitamente las partidas de nacimiento, llevar a la madre o al padre para hacer el reconocimiento de maternidad o investigación de paternidad.

Ayuda económica de uno a tres meses para las familias de los niños asistidos en esta Clínica, mientras no se solucione definitivamente esta situación, recurriendo para este fin a la Sociedad Filantrópica Cristóbal Colón, a la Sociedad Nacional de Ayuda de Invierno y algunas donaciones particulares que nos proporcionan vales para el suministro de alimentos.

También cabe destacar la acción que desarrolla la Visitadora Social Escolar, en el equipo de Lucha Antituberculosa (Sistema de Abreu) la que colabora con el médico, visitando escuelas, preparando conferencias, cuti-reacciones, intradermo-reacciones y vacunas.

Cabe señalar aquí la lucha que debe mantener la Visitadora debido a la desidia e ignorancia de los padres, para conseguir que

algunos niños, sean tratados, y en cuanto a estos puntos se refiere, es en los registros de las Clínicas y escuelas especiales citadas, donde se encuentra una exacta y amplia comprobación de la eficacia de la labor que desde el año 1928, vienen desarrollando las Asistentes Sociales que hablan muy alto del número e importancia de casos en que se destaca su actuación.

Indudablemente, tienen las Visitadoras en su haber la satisfacción de que, gracias a su prolija labor, que le permite aportar al médico valiosos datos, se han ya puesto en evidencia afecciones serias de suma contagiosidad, tenidas hasta entonces como no existentes en la población escolar; en este sentido, merecen citarse varios casos de tuberculosis abierta, de tífia, tracoma, y de haber contribuido de una manera eficaz a la profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas, especialmente la difteria, alejando de la escuela niños que constituyan un serio peligro para sus compañeros por ser portadores de gérmenes de dicha enfermedad, como pudo evidenciarse al hacerse el análisis del exudado faríngeo correspondiente, ordenado por ellas y haciendo la vacunación antidiftérica obligatoria en el medio escolar desde el año 1944, fecha en que se trabajó en coordinación con el Centro Antidiftérico, aumentándose el personal, mediante servicios contratados, a efectos de responder eficazmente en la campaña intensa que se viene realizando, eficacia ya probada con la disminución casi total de la difteria en el medio escolar.

Función de la Asistente Social en el Hogar: Hasta aquí, no hemos hablado más que de cierta parte de la labor de la Asistente Social Escolar, nos resta aún enunciar otra faz no menos importante, de su actuación: las visitas domiciliarias. La labor de la Asistente Social no termina en la escuela, continúa en el hogar. Ella, es, en suma el "trait d'union" que tanto pregonizan antiguos y modernos pedagogos, entre la escuela y el hogar, los dos grandes centros de acción en que se desenvuelven los niños, ambos complementarios, a tal punto que la más leve falla en el uno, tiene repercusión inmediata en el otro; las visitas domiciliarias son de un valor incalculable. En ellas se persigue infiltrar en los familiares o allegados al niño, preceptos higiénicos imprescindibles; aconsejar medidas preventivas contra enfermedades infecto-contagiosas; o relativas al cuidado que requiere el niño, ya sean ellos de índole general o especial; imponer el aislamiento en casos requeridos; estudiar las condiciones de la vivienda; situación económico-social tratando de solucionar, en lo posible, los problemas que se presentaren.

Contralor de Trabajo. Art. 132. Las Asistentes Sociales, tanto desde el punto de vista técnico como administrativo, están bajo la dependencia directa del Jefe de Asistentes Sociales.

Transcribimos algunos Arts. del Reglamento establecidos para las Asistentes Sociales.

a). Llenar en la escuela que le fuera designada por la Jefatura de Asistentes Sociales, la ficha de cada niño en la parte que les corresponde, quedando esos datos bajo el control del médico que fiscalizará los valores obtenidos y firmará las fichas.

b). Concurrir a la escuela que le fuere designada, todos los días hábiles y cumplir el horario escolar completo, firmando para acreditar estos extremos, en el libro diario de la escuela. Las Asistentes Sociales actuantes en clínicas y servicios médicos y las adscriptas a las mismas, deberán cumplir el horario que establezca la Dirección, a propuesta de la Asistente Social Jefe.

c). Llevar un libro diario del trabajo que realicen, que deberán presentar semanalmente, conjuntamente con un parte mensual de sus actividades y visitas documentadas.

d). Terminada la inspección escolar, entregar todas las fichas firmadas por el médico a la Jefatura de Asistentes Sociales, quien les hará cargo de otra escuela.

e). Cuando en la escuela ya visitada, ocurriera un caso de enfermedad transmisible, volver a ella para cumplir lo que disponga el médico designado por la Dirección. La Jefatura de Asistentes Sociales dispondrá esas visitas en caso de no haber médico designado.

f). Durante el tiempo de trabajo en ausencia del médico, dedicarse a llenar las fichas, tomar las medidas antropométricas, los antecedentes, etc. preparando la labor a realizarse.

g). Efectuar las inspecciones domiciliarias dando cuenta de la causa que separa al niño de la escuela, así como de las indicaciones que se hayan considerado necesarias hacer por diversos motivos.

h). Preocuparse por la concurrencia de los alumnos seleccionados, en virtud de distintas deficiencias, a la clínicas especiales, escuelas de preservación para deficientes físicos y comedores escolares.

i). Tratar de mantener la mejor armonía con las autoridades escolares, colaborando en la obra de la escuela sin entorpecer en lo posible, las funciones docentes.

CONCLUSIONES: Por lo expresado, y en vista de la evolución efectuada en el organismo Sanidad Escolar desde el año 1928, en lo referente a la atención de escolares es que creemos imprescindible también un aumento de personal, es decir habría por lo menos que triplicar el número de Asistentes Sociales a fin de poder realizar en forma, una labor más eficaz y permanente. Es de recalcar que actualmente contamos solamente con 24 Asistentes Sociales que se distribuyen así:

1 Asistente Social-Jefe.

1 Maestra Visitadora Psicóloga.

1 Maestra Visitadora (Equipo Audiométrico).

- 2 Asistentes Sociales (Clínica Orientación y Conducta).
- 1 Asistente Social. (Medicina General).
- 1 Asistente Social. (Profilaxis).
- 1 Asistente Social. (Ayudante de la Jefa del Servicio).
- 2 Asistentes Sociales (Equipo Antituberculoso).
- 3 Asistentes Sociales en Escuelas Aire Libre y Marítima.
- 10 Asistentes Sociales distribuidas en las 171 escuelas de Montevideo.

Lo que quiere decir que gran número de escuelas se ven privadas de la acción continuada de la Asistente Social.

También es de recalcar la insuficiencia de clases diferenciales y escuelas auxiliares para dar cabida a ese gran contingente de niños con retardo mental, que año tras año va en aumento sin que pueda ser contemplada.

Abrigamos la esperanza de que las autoridades pertinentes, Consejo del Niño y Consejo de Enseñanza Primaria y Normal se harán ecos de nuestros reclamos y contribuirán con sus realizaciones a cristalizar algunos de nuestros anhelos.

Becarios de las Naciones Unidas

BASES PARA LA CREACION DE UN CONSEJO TUTELAR DE MENORES EN COSTA RICA

Por la doctora María Eugenia Vargas Solera

(Costa Rica)

Dentro del planeamiento de seguridad social, existe en Costa Rica el Patronato Nacional de la Infancia, que constitucionalmente y en forma autónoma tiene la función de velar por la conservación, desarrollo y defensa del niño, desde el punto de vista de su salud física y de sus condiciones intelectuales, morales y sociales.

Sin embargo, con miras en una más efectiva y adecuada acción de asistencia y seguridad social, se hace sentir la creación de un instituto dotado de mayor autoridad y más atribuciones para realizar una labor de protección integral a favor del menor, que satisfaga las necesidades nacionales en coordinación con los organismos que en la actualidad ejecutan parte de esta tarea, y con los que son indispensables establecer.

El sistema de confiar a diferentes autoridades la resolución de medidas aplicables al niño, origina una desconectada administración de servicios de protección a la infancia, que por lo general se mantiene estática y no pocas veces resulta negativa a su verdadero fin.

El carácter de este organismo debe ser muy bien definido desde

un principio, tomando en cuenta que el objeto de sus funciones es prevenir, amparar, reeducar y orientar al niño en peligro moral, abandonado o de carácter irregular, que es en todo caso, capital humano en potencia y elemento renovador de la Patria, y cuyas acciones, en los últimos mencionados, no pueden calificarse de delitos, sino como síntomas de dificultades de familia, la escuela, el ambiente que lo rodea, que obran en su alma perturbando su desarrollo físico y psíquico. Por lo expuesto, la acción de este instituto queda fuera de la órbita del derecho penal, con características propias de profilaxis, amparo y reeducación del menor, no debería pues llamarse Juzgado o Tribunal, porque su misión como se ha dicho no es juzgar sino por el contrario, en todo caso amparar, y podría decirse, salvar a una persona cuyos derechos está obligado a defender el Estado.

Más apropiado es para estas instituciones el nombre de Junta, Consejo o Tutoría.

En la posible organización de estos Consejos (tomaremos para el presente trabajo este nombre) en Costa Rica, fuera de la consideración relacionada, cabe tomarse en cuenta las siguientes bases:

1). INTEGRACION:

La integración admisible en el momento actual es la unipersonal para primera instancia, con funcionario que, no sólo con la sabiduría de un buen padre de familia, sino también con conocimientos especializados en la materia sepa adoptar, respaldado con eficientes servicios y pruebas, y en la forma más rápida posible, la medida adecuada a cada menor para lograr su salvación moral y readaptación útil y equilibrada a la vida social.

Los organismos colegiados tienen un procedimiento más lento, a base de cambio de pareceres que origina no pocas veces discusiones inoportunas que dificultan y distancian la unidad de criterio, todo en perjuicio del menor que, desde que es objeto de protección del Estado, no está en condiciones de esperar.

Para segunda instancia, procede con mayor certeza la integración colegiada, dada que la primera medida de protección ya está otorgada, y la apelación sin efecto suspensivo de las medidas más trascendentales, aseguraría una más efectiva y concienzuda labor.

Constituida esta función en forma especializada en primera y segunda instancia, cabría su separación del radio de acción del Poder Judicial, para que, con características propias como las dichas, actúe con entera autonomía y responsabilidad.

2) COMPETENCIA:

Algunos Consejos de Menores tienen limitada su acción a asuntos relacionados con la conducta irregular del menor; otros abarcan además aspectos civiles del mismo, y algunos, con la denominación de Cortes o Tribunales de Relaciones Domésticas, tienen com-

petencia en los asuntos antes dichos y en todo problema de familia como divorcio, separación judicial, etcétera, considerando que la familia, como unidad que es, debe ser estudiada y protegida igualmente con unidad de dirección, y no ser sometidos sus asuntos en forma dispersa a diversos tribunales.

En general la competencia es de profilaxis del abandono y la peligrosidad de carácter del menor, realizada con una acción preventiva, de amparo, reeducativa y de readaptación social.

Determinando las funciones más importantes, competen a un Consejo de Menores conocer:

Adopción.

Investigación de Paternidad.

Colocación Familiar.

Suspensión y Pérdida de la Patria Potestad.

Tutela.

Consentimiento en caso de Matrimonio.

Guarda.

Régimen de visita.

Pensión Alimenticia.

Estudio del menor que presenta problemas de conducta irregular, el cual, en caso alguno, puede analizarse y calificarse como delincuente sino como producto y reflejo del medio que lo rodea, por lo que, puede ser también de su competencia, la investigación de los actos de los adultos cuando perjudiquen al niño, para ser enviados en caso necesario, a los Tribunales Ordinarios correspondientes.

3) PROCEDIMIENTO:

Las actuaciones deben ser todo lo rápidas y simples posibles para no hacer ilusorio el amparo, y para no provocar que el menor sienta su caso como un episodio importante en su vida y estimule su fantasía evitando también todo comentario periodístico.

No puede calificarse el procedimiento escrito u oral, pues participa de las dos modalidades según el caso y la urgencia de la necesidad. La prueba en su gran parte se conserva en escrito además de las resoluciones formando el expediente.

Una buena norma a seguir es la revisión periódica y obligatoria de los acuerdos emitidos, los que en ningún caso pueden por lo mismo declararse con el calificativo de cosa juzgada.

La iniciativa es por excelencia de acción pública, por lo tanto con intervención de oficio, aun cuando en ciertos casos civiles cabe sólo la acción privada.

4) PRUEBA:

La prueba tiene un valor y una importancia enorme, ya que el más completo conocimiento del niño, del medio donde se desenvuelve, su situación económica, física, psíquica y educacional, ca-

es "la Pedagogía terapéutica". Así como hay enfermedades que escapan a la acción de la Medicina, así también hay casos en que dicha Pedagogía se siente impotente porque no puede crear inteligencia sino que la mejora, la corrige y la educa teniendo a su disposición el material necesario para la realización de este fin perseguido; pero es omnipotente cuando el cerebro se halla alterado en su totalidad, destruido o lesionado. Estos seres "Débiles mentales" son los que deben concurrir a "Escuelas Auxiliares".

Al hablar de "Débiles mentales" creerán que se refiere a sujetos de una anormalidad psíquica muy acentuada; que presentan en su físico las huellas tan marcadas que pueden ser identificadas por cualquiera; pero no siempre sucede así. El verdadero "Débil mental", no es un imbécil, ni un idiota, está en un plano inferior al llamado "insuficiente psíquico" y al que presenta lentitud de espíritu.

Existen muchos "Débiles mentales" en el mundo. Así vemos personas que cambian continuamente de un trabajo a otro; que no están conformes con las tareas que desempeñan; hoy las vemos dedicándose a algo para verlas mañana en tareas muy diferentes y así sucesivamente; pues no hallan estabilidad —son verdaderos parias de la vida— y generalmente llegan a un mal fin, son "Débiles mentales" aunque físicamente no tengan estigmas degenerativos; son los verdaderos, los descontentos, son seres incapaces de luchar contra las adversidades, los obstáculos que se les presentan para poder llegar a triunfar. Es así como vemos los locuaces, los charlatanes, pero incapaces de profundizar sus ideas, ni llegar a conclusiones razonables, desconocen el sentido práctico, los hay muy sugestionables, crédulos, fáciles de dominar, generalmente son llamados "débiles de espíritu", factor explotado por personas poco escrupulosas para servirse de ellos como agentes para ejecutar acciones indignas, son los que terminan sus días en las cárceles, víctimas del vicio y de la miseria.

Como estos seres debido a su inteligencia no pueden llegar a adquirir su total y completo desarrollo, no podrán obtener títulos universitarios, por lo que se los debe orientar hacia trabajos que no requieren condiciones intelectuales superiores, es por eso que en las Escuelas para "Retardados Psíquicos" funcionan talleres en los cuales los niños de ambos sexos, van aprendiendo los diversos oficios, dándoles capacidad para que puedan ser en el futuro seres útiles, capaces de bastarse a sí mismos y a la sociedad. "La escuela no sólo debe proporcionar el saber sino también el poder".

Debemos preocuparnos por lo tanto que al egresar del establecimiento encuentren ubicación y patrones comprensivos que les sirvan de protección y dispuestos a ayudarles a mantenerse honradamente por medio del trabajo por modesto que éste fuere.

CONSIDERACIONES SOBRE FALSOS Y VERDADEROS ANORMALES PSIQUICOS

¿Cuáles son los verdaderos y los falsos anormales psíquicos? Voisin en el Congreso Internacional de Milán en 1906, sobre asistencia de los alienados ha distinguido los niños deficientes, según su capacidad escolar, en dos grandes categorías: verdaderos anormales intelectualmente y falsos anormales intelectualmente.

De los primeros distingue tres clases:

19) Sujetos que presentan una diferencia intelectual y moral por defecto de desarrollo (idiotas, imbeciles y débiles de espíritu).

29) Sujetos que presentan alteración intelectual y moral a consecuencia de enfermedades mentales o nerviosas (psicosis degenerativa, psico-neurosis).

39) Sujetos que han perdido sus facultades mentales y han caído en la demencia (demencia precoz, parálisis degenerativa, demencia epiléptica).

Entre los falsos anormales distingue tres clases:

19) Niños incomprensidos que tendrían inteligencia muy despierta, pero en la escuela son indisciplinados, especialmente por el hecho de que habiendo comprendido muy rápidamente la explicación del profesor, no pueden estar atentos para repetir las mismas cosas.

29) Niños descuidados; son sujetos que no han tenido suficiente instrucción y educación por abandono de los padres o de aquellos que hacen las veces de tales y son citados sobretodo, por hechos inmorales, por los malos ejemplos.

Sustraídos del ambiente que los gasta, terminan por perder todos los defectos y ponerse a la par de los normales.

39) Niños débiles físicamente o sea sujetos que por una anemia más o menos crónica o grave no pueden aplicarse como los demás; la voluntad falta en ellos por falta de energía física. Por débiles de mente de falsa anormalidad psíquica se entienden los alumnos cuya insuficiencia intelectual, más aparente que real, o al menos parcial o transitoria, o de grado leve, puede presumirse o juzgarse dependiente, más que de predisposición hereditaria o de enfermedades generales sufridas de debilidad física general, constitución pobre, defecto de nutrición, falta de higiene en la habitación, surmenage, etc., timidez, imperfecciones del lenguaje, dureza de oído, etc. Asígnanse a esta categoría los que mediante oportuno tratamiento didáctico pueden (aún cuando repitan alguna clase uno o varios años), llegar a superar el curso elemental inferior.

Los anormales psíquicos verdaderos del carácter y de inteligencia, son aquellos que a diferencia de los falsos anormales, a

consecuencia de enfermedades cerebrales sufridas en la primera infancia, o por graves taras hereditarias presentan alteraciones de la inteligencia o del carácter, son susceptibles de mejoría o de adaptación mediante un tratamiento médico-educativo especial, pero que no podrán desaparecer del todo hasta permitir el retorno a la escuela ordinaria, debiendo ser vigilados y asistidos hasta la edad adulta.

ESCUELA URUGUAYA

El Uruguay, maravilloso, pequeño, gran país, patria de grandes benefactores de la niñez como lo ha sido el ilustre pediatra Doctor Luis Morquio, fundador del "Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia"; donde quiera se dirija la mirada se ven instituciones, ya sea de carácter oficial o privado, tendientes al mejoramiento y al bienestar material y espiritual del niño; resulta admirable comprobar como todo el pueblo uruguayo, lo diría y sin temor a equivocarme, está compenetrado con las ideas sustentadas durante casi cerca de 40 años por este médico y gran maestro; habiendo visitado numerosísimos de estos establecimientos, pareciera que en todos ellos flotara el alma del Dr. Morquio y demás continuadores de esa fecunda obra, y cuánta satisfacción y admiración despierta comprobar que no sólo de sus gobernantes y hombres públicos es preocupación primordial el elemento infantil, sino lo es también de todos los hijos de esta magnífica tierra uruguayana a la que llamaría "EL PARAISO DE LOS NIÑOS".

El criterio sobre clasificación de alumnos de clases diferenciales, adoptado por esta escuela es en realidad ecléctico, teniendo además en cuenta las características del niño uruguayo.

Incluyo a continuación el programa en vigencia en las clases diferenciales aunque el maestro goza de la libertad de omitir o reducir las partes que a su juicio presenten al alumno dificultades.

IV

PROGRAMA PARA LAS CLASES DIFERENCIALES

Este programa comprende tres partes: la relativa al tratamiento pedagógico especial o de pedagogía terapéutica, la del material especial y general y la destinada a la educación e instrucción, en la que con leves modificaciones se ha respetado el programa vigente, de acuerdo con lo ya expuesto.

La división del programa o plan es la siguiente:

- a) Pedagogía terapéutica o de funciones psicomotrices.
- b) Material pedagógico de aplicación especial y general.
- c) Educación e instrucción generales.

Su desarrollo analítico comprende:

- a) Pedagogía terapéutica o de funciones psicomotrices.
- 19) Ejercicio manual y corporal de conjunto.
- 29) Atención sensorial (a esfuerzo menor).
- 39) Atención sensorial (al máximo).
- 49) Ejercicios de observación.
- 59) Ejercicios de comparación y juicio.
- 69) Ejercicios de funciones cerebrales coordinadas. Desarrollo del sentido estético en forma elemental.
- 79) Desarrollo de la voluntad y del control personal.

A) Parte práctica o de educación de las funciones psicomotrices.

Ejercicio manual y corporal de conjunto.

Enhebrado de anillos, cuentas, agujas; alineaciones de objetos en líneas rectas y curvas, de reglas, cubos, etc. Superposiciones de objetos del mismo diámetro: monedas, discos, figuras iguales, etc.

Agrupación de objetos por su semejanza (colecciones). Ejercicios de coordinación motriz: transporte de pequeños recipientes (vasos, jarros) llenos o mediados de líquido, aumentando las distancias y dificultades, primero en línea recta, luego en zig-zag, en curva, etc.

Ejecución de trabajos manuales: en papel o cartón, recortados de hojas, construcciones de pequeñas cajas, etc.

Ejercicios corporales de conjunto: marchar en fila, saltar a pies juntos, levantarse con los brazos cruzados, flexiones de la cabeza, miembros, etc., rondas.

B) Atención sensorial (a menor esfuerzo).

Reconocimiento de objetos, figuras o signos poco visibles.

Percepción a distancia de ruidos ligeros; tic-tac de un reloj aplicación del oído a objetos en vibración, etc.

Reconocimiento de olores y de sabores, poco diferentes.

Distinción mediante el tacto de objetos ocultos en una bolsa.

Percepción de pequeñas diferencias de peso, de líneas, de longitudes, profundidades y alturas, de superficies y de volúmenes, etc.

Ejercicios aplicando la prueba de DEMOOR (para descubrir el signo de este nombre).

C) Atención sensorial. (Al máximo)

Tiempo de reacción: medida entre la señal y el acto volitivo. Valoración de la ecuación personal.

Rápida ejecución de un trabajo mecánico: costura, corte, plegado en papel, etc.

Rápido subrayado en un libro, o trabajo manuscrito, de una palabra; señalar rápidamente con un punto o una cruz una palabra o letra en los mismos.

Percepción visual y reproducción rápida de letras, cifras, palabras, etc.

D) Ejercicios de observación.

Rápida percepción de un número siempre creciente de imágenes.

Observación y luego descripción verbal de objetos de uso común, de acciones, actitudes, etc.

E) Comparación y juicio.

Sentido cromático: agrupación de muestras de género de lanas, flores, según sus colores.

Valoración por comparación de longitudes, superficies, pesos, contenido, volúmenes, cantidades numéricas, etc., comprobación experimental de los errores.

Valoración por comparación de la duración de un segundo, de un minuto, de un tiempo determinado, etc.; comprobación experimental siempre que sea posible de los errores.

Colocación por orden de magnitudes ascendentes o descendentes de esos mismos valores.

F) Ejercicios de funciones cerebrales coordinadas. Desarrollo del espíritu de crítica y del sentido estético en forma elemental.

Crítica de dibujos con omisiones, empleando los tests de "Terman, Pizzoli" u otros semejantes, aplicando estos mismos ejercicios en la iniciación del estudio del color en las personas y trajes, en el color de las figuras, de animales, plantas, flores, y detalles de un paisaje estilizado o primitivo. La realidad y la representación gráfica. Colores y matices; agrupación en orden cromático por tonos o matices. Crítica de trabajos manuales defectuosos, crítica del traje o vestido, de los adornos, etc.

G) Desarrollo de la voluntad y del control personal.

Medidas dinamométricas: fuerza muscular de la mano derecha y de la izquierda.

Trazado en tiempo normal de puntos, rayas o de otros signos. Trazado de estos mismos ejercicios en forma rápida, aumentando ésta cada vez más dentro de lo posible.

Ejecución en silencio de ejercicios combinados, de punto y raya, de tres rayas, etc.

Actitudes: inmovilidad de actitud en un tiempo no menor de 1 a 5 minutos. Juego de la estatua. Silencio colectivo de la clase

de 1 a 5 minutos, en gradación ascendente hasta pasar este límite. Imitación de gestos; acciones, etc., en forma individual y luego colectiva. Mímica colectiva. Resistencia a la risa provocada. Educación de la respiración después de un ejercicio prolongado, etc.

a) ..Material especial.

Para los ejercicios que se mencionan en cada apartado, conviene preparar un material económico, fácil de adquirir o de ser ejecutado por el mismo maestro, evitando así el error de pensar en la adquisición de material costoso, que puede deslumbrar; pero que a veces está destinado a ser guardado celosamente para evitar su deterioro, en vista de que su aplicación suele ser de dudosa o de ninguna utilidad práctica.

La enumeración del que puede emplearse en el desarrollo de las funciones psicomotrices se concreta a los siguientes objetos: anillos de metal, agujas, reglas, cubos, de tamaño mediano, monedas o discos de metal o de madera, vasos, jarros, bolsas de género para reconocimiento de objetos por el tacto, lanas y géneros de colores primarios, secundarios, terciarios, matices de los mismos en gamas sencillas, tablitas con papeles de lija de numeración distintas, para educación del tacto, las mismas con géneros desde el más áspero al más suave, etc.

Pequeños prismas de madera de distinto tamaño, cargándose con plomo el menor, para que tenga peso igual al mayor (prueba o ejercicios de DEMOOR).

Los maestros pueden así mismo preparar otro material de aplicación, siempre que la experiencia les haya demostrado éxitos con su empleo, por ejemplo: en el caso de incoordinación motriz para la escritura en espejo, se recomiendan las letras manuscritas, de tamaño mediano, caladas en madera compensada o en cartón grueso, a fin de que el niño pueda seguir con el lápiz sobre un papel, la forma de las letras; también se utiliza el calado de líneas, figuras, espirales, laberintos de dibujo sencillo, para esta misma educación motriz de los movimientos de la mano con objeto de iniciar los primeros pasos en la escritura y aún en el dibujo.

La experiencia aconseja que se realicen tales ejercicios con limitada duración, a fin de evitar el cansancio y la falta de interés.

La práctica diaria y la acertada disposición de archivar los ejercicios permitirá demostrar el progreso alcanzado al cabo de un determinado tiempo, pudiendo constituir este archivo gráfico, una historia del tratamiento pedagógico aplicado, así como de los resultados obtenidos.

b) Material pedagógico de aplicación general.

De éste se hablará al tratar del programa concerniente a la educación e instrucción generales.

c) Educación e instrucción generales.

En lo referente a esta parte, se deben considerar muy especialmente las asignaturas de mayor importancia, es decir: el idioma con sus complejos de lectura, escritura, dictado y vocabulario más general.

La parte educativa, que puede ser motivo de las mismas lecciones dedicadas a la instrucción, no puede ser descuidada; en este sentido no sólo están indicados los llamados juegos educativos, sino aquellas conversaciones capaces de despertar el interés y con éste, el ejercicio de las diversas potencias o funciones cerebrales:

Persiguiendo tal finalidad, se puede dividir el programa educativo y de instrucción de estos complejos:

a) Complejo del idioma: lectura, escritura y vocabulario general.

b) Complejo del número, cantidad, medida y cálculo.

c) Complejo físico, biológico y social.

En el desarrollo de cada una de estas fórmulas, convendría utilizar estos o parecidos procedimientos.

1er. AÑO DIFERENCIAL

a) Complejo de idioma: lectura, escritura y vocabulario general: lectura-escritura.

Reconocimiento de la palabra y su objetivación.

Repaso de la letra nueva sobre otra en papel de lija o recortada en cartón, madera, etc. siguiendo las líneas de su grafismo.

Ejecución de la letra con granos de maíz, hilos, palillos. La letra manuscrita dibujada en forma doble, debe ser repasada en el espacio interior con lápiz. Reconocimiento entre otros caracteres recortados en cartón, de esa misma letra, motivo de la lección. Reconstrucción de la letra recortada en varios fragmentos (rompecabezas). Conocimiento y reconocimiento de la misma letra en carácter de imprenta y manuscrita.

Utilizar cajas con divisiones para poder clasificar las letras ya enseñadas.

Formar la palabra normal con letras sueltas (manuscritas o de imprenta).

Lectura y escritura de la palabra enseñada.

Reconocimiento de esa palabra entre otras escritas, en pedazos de cartulina, con letras manuscritas primero y luego con caracteres de imprenta.

Ilustrar cada palabra con lo que representa su significado. Recortado y pegado de las letras de imprenta para formar la palabra.

Formación de sílabas con letras movibles (directas, inversas y mixtas, para luego escribirlas y leerlas).

Escritura y lectura de diversas combinaciones silábicas (que

presenten o no significado) para evitar el fenómeno de la integración consistente en decir una palabra, mediante solamente la lectura de la primera sílaba.

Loterías de letras, sílabas y palabras. Cartulinas con los nombres de los alumnos, días de la semana, meses del año, etc.

Ordenes escritas, leídas en silencio por el niño y luego ejecutadas también por éste.

De acuerdo con algunos principios de ortofonía (y a fin de facilitar la pronunciación) y otros de dificultades para las reacciones motrices (ejecución de los movimientos de los caracteres de la escritura) se aconseja la enseñanza de la lectura y de la escritura con las palabras normales: papá, mamá, bebé, tapa, dedo, ala, sol, nene, vaso, jabón, niño, faja, llave, taza, hilo, loro, yema, perro, copa, cerdo, queso, chiva, gato, kepis, examen, etc., sin utilizar un determinado libro procurando que el niño sea el autor de su libro de lectura.

La construcción de las cláusulas más elementales se pueden iniciar, desde la enseñanza de las primeras palabras normales, a fin de obtener el enriquecimiento del vocabulario del niño deficiente, inferior en grado manifiesto al de un niño normal de menor edad cronológica en la mayoría de los casos, observación que nunca deben dejar de tener presente los maestros y, principalmente, los que se hayan especializado en esta docencia.

b) Comepojo del número, cantidad, medida y cálculo.

Esta parte del programa, requiere una constante dedicación, atendiendo a la ausencia de reacciones abstractas por parte del niño deficiente.

Entre los primeros ejercicios se pueden recomendar los de educación motriz, semejantes a los indicados para la enseñanza de la lectura; las representaciones concretas están también indicadas, tales como el uso de los dedos, de objetos diversos, para la representación de números, el empleo del dominó, loterías, etc.

Tableros contadores, a ser posible de clavijas. La idea de decena, así como las de medio, tercio, y cuarto, pueden enseñarse mediante el plegado recortado, dibujo, etc.

Las sumas y restas, con objetos concretos, luego con representaciones gráficas, contenidas en cartones, maderas o láminas.

La tabla debe ser enseñada en forma experimental, con ejercicios variados y luego tratar de establecer las llamadas asociaciones numéricas o de productos, para luego avanzar realizando las operaciones más sencillas.

Los mismo puede decirse en lo que respecta a ejercicios de división, que también requieren representaciones concretas en su iniciación.

En ningún caso deben dejarse de lado los ejercicios de la vida

real, en lo que tiene relación con el conocimiento de las monedas y de las medidas en general; enseñanza que siempre debe realizarse experimentalmente, haciendo intervenir al niño en los ejercicios concernientes a las compras, cambios, mediciones, etc.

Los ejercicios pueden responder a diversas sugerencias y entre ellas, las que tienen como finalidad la investigación de las reacciones abstractas, de comprensión de valores, de representaciones espaciales (superficies, volúmenes, etc.) o las de distancia en especial, así como otras, destinadas a revelar los fenómenos de la oscilación de la atención, la duración de la impresión del recuerdo, la revelación de un proceso primario de invención, etc.

Estas observaciones deben anotarse por escrito en casos que llamen la atención o por esos estados de indiferencia, algunos muy característicos, o por aquellos que revelen funciones cerebrales más o menos normales.

c) Complejo físico. Biológico y social.

Para el desarrollo educativo de este complejo pueden considerarse dos sectores funcionales: el primero comprendería todo lo que tiene relación con los fenómenos físicos naturales y vitales; y el segundo con las reacciones de la comunidad social en sus diversas manifestaciones de conducta, hábitos, cultura, etc.

a) Sector físico. Natural.

Observación: Estudio del lugar, la escuela y el medio natural circundante; la tierra y sus accidentes geográficos en pequeño, el aire y el agua, el sol y la luna, sentido de orientación elemental. Los factores que modifican el terreno, lluvia y viento, calor y frío, acción atmosférica.

b) Sector vital.

Observación de los complejos de las estaciones y variaciones que se producen en la vida de vegetales y animales durante las mismas.

Evolución del proceso vital en los seres animales y vegetales.

Higiene y cuidados reclamados por el cuerpo y los sentidos. Experiencias comprobatorias de los fenómenos vitales.

Las conversaciones deben seguir un plan de concentración transversal o de difusión; pero con la correspondiente experimentación, siempre que fuere posible, aunque en fórmulas sencillas y fáciles de realizar por parte de los mismos niños.

El ejercicio y su influencia en la vida de los seres; ejercicio y desarrollo orgánico.

Trabajos manuales adecuados para desarrollar la educación motriz; la forma gráfica (dibujo) o representación de objetos sencillos, pero que presente interés con utilización de lápices de co-

lores; educación metódica de la mano y de la vista, mediante series de ejercicios, pero sin incurrir en sistematización o esquematismo que puede ser perjudicial. Modelado sencillo. Ejercicios para la educación del sentido cromático y de aplicación inmediata.

c) Sector de la comunidad social.

Educación motriz: ejercicio de deambulación natural para corregir actitudes defectuosas y posibles deformaciones. Gimnasia rítmica, con acompañamiento musical. Rondas y juegos colectivos, con cantos apropiados para la ejecución de los mismos. Desarrollo de hábitos y de conducta social.

2º AÑO DIFERENCIAL

Para el desarrollo del programa de este año, se aconseja se tengan presente las sugerencias indicadas en el 1er. año, sin perder de vista en algunos puntos, lo indicado en los programas de enseñanza para niños normales y, además aquellas formuladas por la Comisión que redactó el primitivo programa para uso de las Clases Diferenciales, y con especial preferencia, en lo que tiene relación con los complejos del idioma en la parte correspondiente a enriquecimiento de la expresión oral y escrita (redacción del número) (cantidad, medida y cálculo); del físico-biológico y social, procurando ampliar las nociones en fórmulas más que de instrucción propiamente dicha, de educación en su más amplia expresión, de acuerdo con los intereses y aspiraciones de la comunidad social en que vive el niño a los que no deben ser ajenos ni las actividades domésticas, industriales, comerciales y sociales, principalmente en la conducta social.

En resumen: un programa de formación mínima, con extensión de la educación social en sus múltiples aspectos.

Los maestros deben escribir, en el primer año como en éste, la historia del proceso evolutivo del niño en su desarrollo corporal, mental y de sociabilidad, anotando lo más importante en cada caso, lo que tiene un valor indiscutible en el pronóstico de su vida futura.

3er. Y 4º AÑO DIFERENCIAL

Seguir en lo posible, en su fórmula mínima, el programa común, teniendo en cuenta cuando se comprueba que los niños no progresan, y después de un examen de los métodos empleados, que pueden ser causas de tal detención o estacionamiento, que no hay que pensar en la posible promoción a clases comunes, sino en dar al niño lo que éste pueda humanamente asimilar para defenderse en la vida, procediendo en forma capaz de estimular las ap-

titudes de mayor relieve para dirigirlo hacia las actividades sociales, más en consonancia con sus aptitudes, las que a veces son suficientes para triunfar.

También hay que tener presente que no es bastante el estímulo y la sugestión para que el niño se dé cuenta de su valor personal, o de sí mismo, sino que debe procurarse que en todos sus actos el niño pueda comprobar este valor en forma clara que es la mejor reacción de optimismo para su propio yo.

Finalmente el maestro que tiene la visión real de la clase, debe tener libertad para poder alterar el programa, que es una guía, un plan provisorio, modificable y sujeto a las reformas que las mismas reacciones de los niños puedan revelar.

V

COMO SE ATIENDE AL NIÑO RETARDADO MENTAL EN EDAD ESCOLAR

Todo niño que no se ajusta al desenvolvimiento normal de las clases, es enviado por la maestra, asistente social, médico, etc., o por la propia voluntad de los padres, a la Clínica Psico-Pedagógica de Sanidad Escolar. En esta clínica, atendida por una Maestra-Asistente Social-Psicóloga y dos ayudantes Psicólogas, el niño es sometido a diversas pruebas o tests, con el objeto de obtener su cociente intelectual.

De acuerdo con dicho cociente intelectual (C. I.) el niño es enviado a la clase especial que le conviene; así por ejemplo:

Con un C. I. de 90 para arriba a "Clase Común".

Con un C. I. de 70 a 80 a "Clase Diferencial".

Con un C. I. de 50 a 59 a "Escuela Auxiliar".

El cuadro de aplicación universal para la distribución en las clases o escuelas correspondientes es el siguiente.

"Clase Común". C. I. de 90 para arriba. (110 en adelante, supernormales).

De 80 a 89: lentitud de espíritu. (normal bajo).

"Clase Diferencial": De 71 a 79, zona marginal de insuficiencia.

De 60 a 70: Frontera inferior a la normalidad.

De 50 a 59: Fuerte debilidad mental.

"Escuela Auxiliar": De 60 a 64, mediana debilidad mental.

De 65 a 69, ligera debilidad mental.

"Sin escuela": De 25 a 29, Imbecilidad.

Menos de 25: Idiocia.

El número de "Clases Diferenciales" es aún reducido, siendo de 17 en la Capital y 18 en campaña, es decir de una por cada capital de departamento y una Escuela Auxiliar; además está el "Ins-

tituto Técnico de Asistencia y Rehabilitación", llamado Obra Morquio, de carácter privado.

También se observan las anomalías físicas que presenta el niño, ya sea de visión, audición, glandular, etc. y se le envía a las clínicas médicas correspondientes para un correcto estudio y tratamiento.

Además para su tratamiento psíquico se le envía a la "Clínica Psiquiátrica", siempre dentro de la misma repartición donde se le indica el tratamiento a seguir y se continúa su vigilancia; anualmente se ven entre 800 y 900 niños con dificultades en el aprendizaje, de los que un 95% acusan retardo mental.

Esta Clínica Psicopedagógica se incorporó a Sanidad Escolar en el año 1938 y la Maestra Asistente Social Psicóloga que la atiende fué la encargada de su organización. Cuenta pues con una existencia de 16 años y por ella han desfilado 7715 niños, índice altamente elocuente de la necesidad de la misma.

Esta clínica funciona en colaboración con la Clínica de Conducta y Orientación Infantil, creada también en Sanidad Escolar, a la que se envían los niños que presentan trastornos del carácter y son por lo tanto elementos de perturbación en el medio escolar o en el hogar.

En esta Clínica, asistida por un médico Psiquiatra y dos ayudantes Asistentes Sociales Psicológicas, el niño es estudiado y sometido a tests de conducta. Luego es tratado y se continúa su asistencia.

Para estos niños existe en Montevideo una "Escuela Hogar", donde son enviados.

A continuación figura un modelo de ficha pedagógica usada en clases diferenciales y los datos de uno de los alumnos de la misma:

VI

FICHA PEDAGOGICA PARA LAS CLASES DIFERENCIALES

ESCUELA Nº 82 de 2º Grado del departamento de Montevideo

I

Nombre del alumno: H. M.

Nacionalidad: Oriental.

Lugar de su nacimiento: 10ª sección judicial de Montevideo.

Día, mes y año en que nació: 13 de agosto de 1943.

¿De qué escuelas proviene?: De esta escuela.

Tiempo de permanencia en otras clases y escuelas: 1949 - 8 meses en jardinera; 1950 - 9 meses en 1º B.

Observaciones sobre su puntualidad, conducta, aplicación y otras manifestaciones recogidas por los maestros anteriores: Por enfermedad su puntualidad fué mala; sus progresos fueron muy pobres.

Fecha de ingreso a la clase diferencial: 26 de marzo de 1951.

Fecha de su egreso: Diciembre de 1952.

Causas: Promovido a 2º año común.

II

Nacionalidad de los padres: orientales.

Tiempo de residencia en el país: —

Impresión sobre sus condiciones económicas y morales: Buenas.

Manifestaciones de los padres sobre comportamiento del niño en el hogar: Su madre observa que es distraído. Su conducta es buena.

III

El maestro completará esta ficha anexando, todos los meses, una o más hojas en las cuales deje constancia de los siguientes datos:

Leguaje hablado. — Registrar los defectos que padece aunque no los clasifique.

Lenguaje escrito: sus manifestaciones.

Observaciones sobre sus dibujos, sus trabajos manuales, su escritura, sus juegos, preferencias manifiestas, atención, imaginación, memoria, asociación, juicio, razonamiento, voluntad, efectividad, temperamento, condiciones morales y sociales.

También consignará mensualmente los adelantos efectuados en cualquier orden, detenciones, retrocesos y todo cuanto considere digno de estudio.

H. M.

Edad cronológica: 8,8. Edad mental: 6,10. C.I. 79. Abril 1952

Abril 1951. — Como sufre algo del corazón, es un niño muy "contemplado" por su madre, la que solicitó, se tengan, por ese motivo, consideraciones con él.

Hace varios años un medio hermano fué alumno de esta clase, siendo su mentalidad inferior a la de este niño.

Su hermana, alumna de 4º año, es una niña que según su maestra, desconcierta por la irregularidad de su actuación; lo que un día realiza bien, al otro lo hace mal.

Posee pocos conocimientos de 1er. año.

Su conducta no es mala, pero es muy conversador y se distrae por cualquier insignificancia.

Mayo. — Por sus continuas distracciones su trabajo es lento y la calidad del mismo deja bastante que desear.

Junio. — Sobre los ejercicios realizados pueden hacerse las observaciones siguientes:

La representación de su figura humana es inferior.

Su ejercicio de atención sostenida es deficiente por el gran desorden que pone de manifiesto en su ejecución; en el de imaginación constructiva siguió un plan, pero muy pobre.

En ejercicios y dibujos revela una coordinación motriz regular, lo mismo que en el iluminado de láminas.

Agosto. — En lectura, escritura al dictado, ordenación de cláusulas, etc., trabaja bastante bien con las consonantes p, m, b, s, l.

Mecánicamente, trabaja en aritmética, dentro de la centena.

En clase se ha insistido hasta el momento en ejercicios variados y razonados dentro de la decena.

En sencillas sumas, encuentra dificultad en fugas de términos.

Por su desatención e inquietud, que se acentúan ciertos días, la calidad de su trabajo es inferior.

Manualmente tiene poca habilidad.

Setiembre. — Mantiene las mismas características.

Octubre. — Presenta siempre mucha dificultad en aritmética. Después de numerosos y variados ejercicios realizados en forma práctica para hacer distinción entre unidades y decenas, todavía las confunde muchas veces. Igualmente trabaja con inseguridad en la composición y descomposición de cantidades.

Con frecuencia abandona el trabajo y muchas veces molesta a sus compañeros con palabras inconvenientes.

Noviembre. — Con el fin de afirmar los conocimientos dados, durante el mes ha trabajado sobre las dificultades ya estudiadas.

Por sus conversaciones, peleas y quejas, con frecuencia ocasiona conflictos, presentándose siempre él como inocente.

Diciembre. — Será promovido a 2º año Diferencial.

H. M.

Abril 1952. — Ha hecho revisión de los conocimientos adquiridos el año anterior, presentando ciertas inseguridades.

Siempre se manifiesta muy distraído y conversador por lo que con frecuencia es necesario llamarle la atención para que continúe su trabajo. Mejora su lectura y se observan progresos en caligrafía y prolijidad.

Mayo. — Para afirmar y ampliar lo realizado el año pasado está haciendo varios ejercicios de lenguaje, aplicando las consonantes p, m, b, s, l.

Dentro del número 15 está trabajando en forma razonada, en la composición y descomposición de cantidades, fuga de términos y en la resolución de sencillos problemas.

Junio. — En lenguaje continúa haciendo vocabularios, copias,

dictados y redacciones de cláusulas, aplicando las consonantes t, d, n.

Se insiste en ejercicios para la distinción de unidades y decenas, haciendo diversos ejercicios dentro del Nº 20.

Inició el estudio de la suma con dificultad.

Agosto. — Con las mismas características, continúa progresando.

Setiembre. — Siempre se hace necesario vigilarlo para que termine un trabajo.

Sus progresos podrían ser mayores si no fuera por sus distracciones y pérdidas de tiempo.

En lectura y escritura al dictado aplica bien numerosas consonantes.

En la resolución de sencillos problemas está aplicando la tabla del 2.

En manuales es poco hábil y en ellos también, pierde pronto el interés.

Sus dibujos son malos e incompletos.

Octubre. — Continúa progresando. Inició el aprendizaje de la división entre 2.

En aritmética oral, tiene días en que encuentra bastante dificultad.

Noviembre. — Ultimamente se manifiesta muy distraído y conversador, lo que se refleja en su caligrafía y prolijidad.

Su representación de la figura humana mejoró en relación con la hecha en marzo.

Ejercicios de atención e imaginación los realiza bien.

Se observan sensibles progresos en aritmética y lenguaje.

Diciembre. — Promovido de 2º año Diferencial a 2º año común.

1954. — Actualmente se va desempeñando bien en 3er. año común.

BIBLIOGRAFIA

- Alberto A. Alves. "Los niños retardados y las clases diferenciales.
Zoraida Díez Abella. "Hacia la educación de los deficientes mentales".
Emilio Verdesio. "Selección Escolar".
Datos proporcionados por la maestra asistente social y psicóloga de Sanidad Escolar, Srta. María Esther Rodríguez Pacios.
Datos proporcionados por la maestra especializada Srta. María Irene Ottonello de la clase diferencial de la Escuela Nº 82 de 2º grado.
-

Becarios Especiales

**RECUPERACION SOCIAL DEL MENOR
ABANDONADO**

Por la doctora Blanca Zucolillo de Rodríguez Alcalá
(Paraguay)

"Consideramos que el grado de civilización de un pueblo se mide por la suma de fuerzas dispuestas a favor de la causa del niño; que el primer deber de la humanidad de hoy, es rodear a los que nos sustituirán mañana, de las mayores garantías y medios de defensa para que cumplan su misión con el mayor bienestar y rendimiento posible"

Morquio

El comienzo del siglo marca la iniciación de una etapa de grandes conquistas en la lucha por la protección del niño, cuyos problemas despiertan la inquietud del jurista, del médico, del sociólogo y del hombre de ciencia.

El niño es, indudablemente el material humano más importante, dentro de un Estado, por sus proyecciones futuras; y por esto al Estado moderno compete una intervención intensa, permanente y eficaz en esta etapa de la vida humana, recurriendo tanto a la acción pública como a la privada, a fin de asegurarse de una manera completa la solución de los problemas que a la niñez atañen. Y dentro de los problemas generales de la niñez es el problema del niño abandonado uno de los más importantes.

El primer punto que debemos aclarar es determinar qué se entiende por niños abandonados.

Entendemos que lo son —para los efectos de este trabajo—, tanto los moral como los materialmente abandonados, vale decir todos aquellos niños que viven en un ambiente, que aunque sea el familiar no es el que responde al concepto de HOGAR entendido como centro afectivo, y material donde el menor debe y puede alcanzar el triple desenvolvimiento físico, moral y espiritual pleno. Niño abandonado sería así "el que necesita encontrar un hogar, porque el suyo es inconveniente, inexistente, perdido transitoriamente o totalmente desaparecido".

El principio fundamental que rige en materia de protección del niño abandonado es que la asistencia debe hacerse en un ambiente familiar: ya sea el propio si fuera posible y conveniente el reintegro del niño o buscándole un hogar sustituto donde su recuperación social se realizará más fácilmente gracias al afecto que en él se le brinde; todo lo cual es posible dentro del sistema de colocación familiar que tan espléndidos resultados ha dado en la práctica. Y en una etapa posterior ampararlo con generosas leyes de adopción.

El doctor Roberto Berro —cuya autorizada opinión en la materia merece respeto universal—, dice al hablar de la recuperación del niño abandonado: "...y para tratarlos de tal manera que poda-

es "la Pedagogía terapéutica". Así como hay enfermedades que escapan a la acción de la Medicina, así también hay casos en que dicha Pedagogía se siente impotente porque no puede crear inteligencia sino que la mejora, la corrige y la educa teniendo a su disposición el material necesario para la realización de este fin perseguido; pero es omnipotente cuando el cerebro se halla alterado en su totalidad, destruido o lesionado. Estos seres "Débiles mentales" son los que deben concurrir a "Escuelas Auxiliares".

Al hablar de "Débiles mentales" creerán que se refiere a sujetos de una anormalidad psíquica muy acentuada; que presentan en su físico las huellas tan marcadas que pueden ser identificadas por cualquiera; pero no siempre sucede así. El verdadero "Débil mental", no es un imbécil, ni un idiota, está en un plano inferior al llamado "insuficiente psíquico" y al que presenta lentitud de espíritu.

Existen muchos "Débiles mentales" en el mundo. Así vemos personas que cambian continuamente de un trabajo a otro; que no están conformes con las tareas que desempeñan; hoy las vemos dedicándose a algo para verlas mañana en tareas muy diferentes y así sucesivamente; pues no hallan estabilidad —son verdaderos parias de la vida— y generalmente llegan a un mal fin, son "Débiles mentales" aunque físicamente no tengan estigmas degenerativos; son los verdaderos, los descontentos, son seres incapaces de luchar contra las adversidades, los obstáculos que se les presentan para poder llegar a triunfar. Es así como vemos los locuaces, los charlatanes, pero incapaces de profundizar sus ideas, ni llegar a conclusiones razonables, desconocen el sentido práctico, los hay muy sugestionables, crédulos, fáciles de dominar, generalmente son llamados "débiles de espíritu", factor explotado por personas poco escrupulosas para servirse de ellos como agentes para ejecutar acciones indignas, son los que terminan sus días en las cárceles, víctimas del vicio y de la miseria.

Como estos seres debido a su inteligencia no pueden llegar a adquirir su total y completo desarrollo, no podrán obtener títulos universitarios, por lo que se los debe orientar hacia trabajos que no requieren condiciones intelectuales superiores, es por eso que en las Escuelas para "Retardados Psíquicos" funcionan talleres en los cuales los niños de ambos sexos, van aprendiendo los diversos oficios, dándoles capacidad para que puedan ser en el futuro seres útiles, capaces de bastarse a sí mismos y a la sociedad. "La escuela no sólo debe proporcionar el saber sino también el poder".

Debemos preocuparnos por lo tanto que al egresar del establecimiento encuentren ubicación y patrones comprensivos que les sirvan de protección y dispuestos a ayudarles a mantenerse honradamente por medio del trabajo por modesto que éste fuere.

CONSIDERACIONES SOBRE FALSOS Y VERDADEROS ANORMALES PSIQUICOS

¿Cuáles son los verdaderos y los falsos anormales psíquicos? Voisin en el Congreso Internacional de Milán en 1906, sobre asistencia de los alienados ha distinguido los niños deficientes, según su capacidad escolar, en dos grandes categorías: verdaderos anormales intelectualmente y falsos anormales intelectualmente.

De los primeros distingue tres clases:

19) Sujetos que presentan una diferencia intelectual y moral por defecto de desarrollo (idiotas, imbéciles y débiles de espíritu).

29) Sujetos que presentan alteración intelectual y moral a consecuencia de enfermedades mentales o nerviosas (psicosis degenerativa, psico-neurosis).

39) Sujetos que han perdido sus facultades mentales y han caído en la demencia (demencia precoz, parálisis degenerativa, demencia epiléptica).

Entre los falsos anormales distingue tres clases:

19) Niños incomprensidos que tendrían inteligencia muy despierta, pero en la escuela son indisciplinados, especialmente por el hecho de que habiendo comprendido muy rápidamente la explicación del profesor, no pueden estar atentos para repetir las mismas cosas.

29) Niños descuidados; son sujetos que no han tenido suficiente instrucción y educación por abandono de los padres o de aquellos que hacen las veces de tales y son citados sobretodo, por hechos inmorales, por los malos ejemplos.

Sustraídos del ambiente que los gasta, terminan por perder todos los defectos y ponerse a la par de los normales.

39) Niños débiles físicamente o sea sujetos que por una anemia más o menos crónica o grave no pueden aplicarse como los demás; la voluntad falta en ellos por falta de energía física. Por débiles de mente de falsa anormalidad psíquica se entienden los alumnos cuya insuficiencia intelectual, más aparente que real, o al menos parcial o transitoria, o de grado leve, puede presumirse o juzgarse dependiente, más que de predisposición hereditaria o de enfermedades generales sufridas de debilidad física general, constitución pobre, defecto de nutrición, falta de higiene en la habitación, surmenage, etc., timidez, imperfecciones del lenguaje, dureza de oído, etc. Asígnanse a esta categoría los que mediante oportuno tratamiento didáctico pueden (aún cuando repitan alguna clase uno o varios años), llegar a superar el curso elemental inferior.

Los anormales psíquicos verdaderos del carácter y de inteligencia, son aquellos que a diferencia de los falsos anormales, a

consecuencia de enfermedades cerebrales sufridas en la primera infancia, o por graves taras hereditarias presentan alteraciones de la inteligencia o del carácter, son susceptibles de mejoría o de adaptación mediante un tratamiento médico-educativo especial, pero que no podrán desaparecer del todo hasta permitir el retorno a la escuela ordinaria, debiendo ser vigilados y asistidos hasta la edad adulta.

ESCUELA URUGUAYA

El Uruguay, maravilloso, pequeño, gran país, patria de grandes benefactores de la niñez como lo ha sido el ilustre pediatra Doctor Luis Morquio, fundador del "Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia"; donde quiera se dirija la mirada se ven instituciones, ya sea de carácter oficial o privado, tendientes al mejoramiento y al bienestar material y espiritual del niño; resulta admirable comprobar como todo el pueblo uruguayo, lo diría y sin temor a equivocarme, está compenetrado con las ideas sustentadas durante casi cerca de 40 años por este médico y gran maestro; habiendo visitado numerosísimos de estos establecimientos, pareciera que en todos ellos flotara el alma del Dr. Morquio y demás continuadores de esa fecunda obra, y cuánta satisfacción y admiración despierta comprobar que no sólo de sus gobernantes y hombres públicos es preocupación primordial el elemento infantil, sino lo es también de todos los hijos de esta magnífica tierra uruguaya a la que llamaría "EL PARAISO DE LOS NIÑOS".

El criterio sobre clasificación de alumnos de clases diferenciales, adoptado por esta escuela es en realidad ecléctico, teniendo además en cuenta las características del niño uruguayo.

Incluyo a continuación el programa en vigencia en las clases diferenciales aunque el maestro goza de la libertad de omitir o reducir las partes que a su juicio presenten al alumno dificultades.

IV

PROGRAMA PARA LAS CLASES DIFERENCIALES

Este programa comprende tres partes: la relativa al tratamiento pedagógico especial o de pedagogía terapéutica, la del material especial y general y la destinada a la educación e instrucción, en la que con leves modificaciones se ha respetado el programa vi gente, de acuerdo con lo ya expuesto.

La división del programa o plan es la siguiente:

- a) Pedagogía terapéutica o de funciones psicomotrices.
- b) Material pedagógico de aplicación especial y general.
- c) Educación e instrucción generales.

Su desarrollo analítico comprende:

- a) Pedagogía terapéutica o de funciones psicomotrices.
- 19) Ejercicio manual y corporal de conjunto.
- 29) Atención sensorial (a esfuerzo menor).
- 39) Atención sensorial (al máximo).
- 49) Ejercicios de observación.
- 59) Ejercicios de comparación y juicio.
- 69) Ejercicios de funciones cerebrales coordinadas. Desarrollo del sentido estético en forma elemental.
- 79) Desarrollo de la voluntad y del control personal.

A) Parte práctica o de educación de las funciones psicomotrices.

Ejercicio manual y corporal de conjunto.

Enhebrado de anillos, cuentas, agujas; alineaciones de objetos en líneas rectas y curvas, de reglas, cubos, etc. Superposiciones de objetos del mismo diámetro: monedas, discos, figuras iguales, etc.

Agrupación de objetos por su semejanza (colecciones). Ejercicios de coordinación motriz: transporte de pequeños recipientes (vasos, jarros) llenos o mediados de líquido, aumentando las distancias y dificultades, primero en línea recta, luego en zig-zag, en curva, etc.

Ejecución de trabajos manuales: en papel o cartón, recortados de hojas, construcciones de pequeñas cajas, etc.

Ejercicios corporales de conjunto: marchar en fila, saltar a pies juntos, levantarse con los brazos cruzados, flexiones de la cabeza, miembros, etc., rondas.

B) Atención sensorial (a menor esfuerzo).

Reconocimiento de objetos, figuras o signos poco visibles.

Percepción a distancia de ruidos ligeros; tic-tac de un reloj, aplicación del oído a objetos en vibración, etc.

Reconocimiento de olores y de sabores, poco diferentes.

Distinción mediante el tacto de objetos ocultos en una bolsa. Percepción de pequeñas diferencias de peso, de líneas, de longitudes, profundidades y alturas, de superficies y de volúmenes, etc.

Ejercicios aplicando la prueba de DEMOOR (para descubrir el signo de este nombre).

C) Atención sensorial. (Al máximo)

Tiempo de reacción: medida entre la señal y el acto volitivo. Valoración de la ecuación personal.

Rápida ejecución de un trabajo mecánico: costura, corte, plegado en papel, etc.

Rápido subrayado en un libro, o trabajo manuscrito, de una palabra; señalar rápidamente con un punto o una cruz una palabra o letra en los mismos.

Percepción visual y reproducción rápida de letras, cifras, palabras, etc.

D) Ejercicios de observación.

Rápida percepción de un número siempre creciente de imágenes.

Observación y luego descripción verbal de objetos de uso común, de acciones, actitudes, etc.

E) Comparación y juicio.

Sentido cromático: agrupación de muestras de género de lanas, flores, según sus colores.

Valoración por comparación de longitudes, superficies, pesos, contenido, volúmenes, cantidades numéricas, etc., comprobación experimental de los errores.

Valoración por comparación de la duración de un segundo, de un minuto, de un tiempo determinado, etc.; comprobación experimental siempre que sea posible de los errores.

Colocación por orden de magnitudes ascendentes o descendentes de esos mismos valores.

F) Ejercicios de funciones cerebrales coordinadas. Desarrollo del espíritu de crítica y del sentido estético en forma elemental.

Crítica de dibujos con omisiones, empleando los tests de "Ter-man, Pizzoli" u otros semejantes, aplicando estos mismos ejercicios en la iniciación del estudio del color en las personas y trajes, en el color de las figuras, de animales, plantas, flores, y detalles de un paisaje estilizado o primitivo. La realidad y la representación gráfica. Colores y matices; agrupación en orden cromático por tonos o matices. Crítica de trabajos manuales defectuosos, crítica del traje o vestido, de los adornos, etc.

G) Desarrollo de la voluntad y del control personal.

Medidas dinamométricas: fuerza muscular de la mano derecha y de la izquierda.

Trazado en tiempo normal de puntos, rayas o de otros signos. Trazado de estos mismos ejercicios en forma rápida, aumentando ésta cada vez más dentro de lo posible.

Ejecución en silencio de ejercicios combinados, de punto y raya, de tres rayas, etc.

Actitudes: inmovilidad de actitud en un tiempo no menor de 1 a 5 minutos. Juego de la estatua. Silencio colectivo de la clase

de 1 a 5 minutos, en gradación ascendente hasta pasar este límite. Imitación de gestos; acciones, etc., en forma individual y luego colectiva. Mímica colectiva. Resistencia a la risa provocada. Educación de la respiración después de un ejercicio prolongado, etc.

a) ..Material especial.

Para los ejercicios que se mencionan en cada apartado, conviene preparar un material económico, fácil de adquirir o de ser ejecutado por el mismo maestro, evitando así el error de pensar en la adquisición de material costoso, que puede deslumbrar; pero que a veces está destinado a ser guardado celosamente para evitar su deterioro, en vista de que su aplicación suele ser de dudosa o de ninguna utilidad práctica.

La enumeración del que puede emplearse en el desarrollo de las funciones psicomotrices se concreta a los siguientes objetos: anillos de metal, agujas, reglas, cubos, de tamaño mediano, monedas o discos de metal o de madera, vasos, jarros, bolsas de género para reconocimiento de objetos por el tacto, lanas y géneros de colores primarios, secundarios, terciarios, matices de los mismos en gamas sencillas, tablitras con papeles de lija de numeración distintas, para educación del tacto, las mismas con géneros desde el más áspero al más suave, etc.

Pequeños prismas de madera de distinto tamaño, cargándose con plomo el menor, para que tenga peso igual al mayor (prueba o ejercicios de DEMOOR).

Los maestros pueden así mismo preparar otro material de aplicación, siempre que la experiencia les haya demostrado éxitos con su empleo, por ejemplo: en el caso de incoordinación motriz para la escritura en espejo, se recomiendan las letras manuscritas, de tamaño mediano, caladas en madera compensada o en cartón grueso, a fin de que el niño pueda seguir con el lápiz sobre un papel, la forma de las letras; también se utiliza el calado de líneas, figuras, espirales, laberintos de dibujo sencillo, para esta misma educación motriz de los movimientos de la mano con objeto de iniciar los primeros pasos en la escritura y aún en el dibujo.

La experiencia aconseja que se realicen tales ejercicios con limitada duración, a fin de evitar el cansancio y la falta de interés.

La práctica diaria y la acertada disposición de archivar los ejercicios permitirá demostrar el progreso alcanzado al cabo de un determinado tiempo, pudiendo constituir este archivo gráfico, una historia del tratamiento pedagógico aplicado, así como de los resultados obtenidos.

b) Material pedagógico de aplicación general.

De éste se hablará al tratar del programa concerniente a la educación e instrucción generales.

c) Educación e instrucción generales.

En lo referente a esta parte, se deben considerar muy especialmente las asignaturas de mayor importancia, es decir: el idioma con sus complejos de lectura, escritura, dictado y vocabulario más general.

La parte educativa, que puede ser motivo de las mismas lecciones dedicadas a la instrucción, no puede ser descuidada; en este sentido no sólo están indicados los llamados juegos educativos, sino aquellas conversaciones capaces de despertar el interés y con éste, el ejercicio de las diversas potencias o funciones cerebrales;

Persiguiendo tal finalidad, se puede dividir el programa educativo y de instrucción de estos complejos:

a) Complejo del idioma: lectura, escritura y vocabulario general.

b) Complejo del número, cantidad, medida y cálculo.

c) Complejo físico, biológico y social.

En el desarrollo de cada una de estas fórmulas, convendría utilizar estos o parecidos procedimientos.

1er. AÑO DIFERENCIAL

a) Complejo de idioma: lectura, escritura y vocabulario general: lectura-escritura.

Reconocimiento de la palabra y su objetivación.

Repaso de la letra nueva sobre otra en papel de lija o recortada en cartón, madera, etc. siguiendo las líneas de su grafismo.

Ejecución de la letra con granos de maíz, hilos, palillos. La letra manuscrita dibujada en forma doble, debe ser repasada en el espacio interior con lápiz. Reconocimiento entre otros caracteres recortados en cartón, de esa misma letra, motivo de la lección. Reconstrucción de la letra recortada en varios fragmentos (rompeca-bezas). Conocimiento y reconocimiento de la misma letra en carácter de imprenta y manuscrita.

Utilizar cajas con divisiones para poder clasificar las letras ya enseñadas.

Formar la palabra normal con letras sueltas (manuscritas o de imprenta).

Lectura y escritura de la palabra enseñada.

Reconocimiento de esa palabra entre otras escritas, en pedazos de cartulina, con letras manuscritas primero y luego con caracteres de imprenta.

Ilustrar cada palabra con lo que representa su significado. Recortado y pegado de las letras de imprenta para formar la palabra.

Formación de sílabas con letras movibles (directas, inversas y mixtas, para luego escribirlas y leerlas).

Escritura y lectura de diversas combinaciones silábicas (que

presenten o no significado) para evitar el fenómeno de la integración consistente en decir una palabra, mediante solamente la lectura de la primera sílaba.

Loterías de letras, sílabas y palabras. Cartulinas con los nombres de los alumnos, días de la semana, meses del año, etc.

Ordenes escritas, leídas en silencio por el niño y luego ejecutadas también por éste.

De acuerdo con algunos principios de ortofonía (y a fin de facilitar la pronunciación) y otros de dificultades para las reacciones motrices (ejecución de los movimientos de los caracteres de la escritura) se aconseja la enseñanza de la lectura y de la escritura con las palabras normales: papá, mamá, bebé, tapa, dedo, ala, sol, nene, vaso, jabón, niño, faja, llave, taza, hilo, loro, yema, perro, copa, cerdo, queso, chiva, gato, kepis, examen, etc., sin utilizar un determinado libro procurando que el niño sea el autor de su libro de lectura.

La construcción de las cláusulas más elementales se pueden iniciar, desde la enseñanza de las primeras palabras normales, a fin de obtener el enriquecimiento del vocabulario del niño deficiente, inferior en grado manifiesto al de un niño normal de menor edad cronológica en la mayoría de los casos, observación que nunca deben dejar de tener presente los maestros y, principalmente, los que se hayan especializado en esta docencia.

b) Compejo del número, cantidad, medida y cálculo.

Esta parte del programa, requiere una constante dedicación, atendiendo a la ausencia de reacciones abstractas por parte del niño deficiente.

Entre los primeros ejercicios se pueden recomendar los de educación motriz, semejantes a los indicados para la enseñanza de la lectura; las representaciones concretas están también indicadas, tales como el uso de los dedos, de objetos diversos, para la representación de números, el empleo del dominó, loterías, etc.

Tableros contadores, a ser posible de clavijas. La idea de decena, así como las de medio, tercio, y cuarto, pueden enseñarse mediante el plegado recortado, dibujo, etc.

Las sumas y restas, con objetos concretos, luego con representaciones gráficas, contenidas en cartones, maderas o láminas.

La tabla debe ser enseñada en forma experimental, con ejercicios variados y luego tratar de establecer las llamadas asociaciones numéricas o de productos, para luego avanzar realizando las operaciones más sencillas.

Los mismo puede decirse en lo que respecta a ejercicios de división, que también requieren representaciones concretas en su iniciación.

En ningún caso deben dejarse de lado los ejercicios de la vida

real, en lo que tiene relación con el conocimiento de las monedas y de las medidas en general; enseñanza que siempre debe realizarse experimentalmente, haciendo intervenir al niño en los ejercicios concernientes a las compras, cambios, mediciones, etc.

Los ejercicios pueden responder a diversas sugerencias y entre ellas, las que tienen como finalidad la investigación de las reacciones abstractas, de comprensión de valores, de representaciones espaciales (superficies, volúmenes, etc.) o las de distancia en especial, así como otras, destinadas a revelar los fenómenos de la oscilación de la atención, la duración de la impresión del recuerdo, la revelación de un proceso primario de invención, etc.

Estas observaciones deben anotarse por escrito en casos que llamen la atención o por esos estados de indiferencia, algunos muy característicos, o por aquellos que revelen funciones cerebrales más o menos normales.

c) Complejo físico. Biológico y social.

Para el desarrollo educativo de este complejo pueden considerarse dos sectores funcionales: el primero comprendería todo lo que tiene relación con los fenómenos físicos naturales y vitales; y el segundo con las reacciones de la comunidad social en sus diversas manifestaciones de conducta, hábitos, cultura, etc.

a) Sector físico. Natural.

Observación: Estudio del lugar, la escuela y el medio natural circundante; la tierra y sus accidentes geográficos en pequeño, el aire y el agua, el sol y la luna, sentido de orientación elemental. Los factores que modifican el terreno, lluvia y viento, calor y frío, acción atmosférica.

b) Sector vital.

Observación de los complejos de las estaciones y variaciones que se producen en la vida de vegetales y animales durante las mismas.

Evolución del proceso vital en los seres animales y vegetales.

Higiene y cuidados reclamados por el cuerpo y los sentidos. Experiencias comprobatorias de los fenómenos vitales.

Las conversaciones deben seguir un plan de concentración transversal o de difusión; pero con la correspondiente experimentación, siempre que fuere posible, aunque en fórmulas sencillas y fáciles de realizar por parte de los mismos niños.

El ejercicio y su influencia en la vida de los seres; ejercicio y desarrollo orgánico.

Trabajos manuales adecuados para desarrollar la educación motriz; la forma gráfica (dibujo) o representación de objetos sencillos, pero que presente interés con utilización de lápices de co-

lores; educación metódica de la mano y de la vista, mediante series de ejercicios, pero sin incurrir en sistematización o esquematismo que puede ser perjudicial. Modelado sencillo. Ejercicios para la educación del sentido cromático y de aplicación inmediata.

c) Sector de la comunidad social.

Educación motriz: ejercicio de deambulación natural para corregir actitudes defectuosas y posibles deformaciones. Gimnasia rítmica, con acompañamiento musical. Rondas y juegos colectivos, con cantos apropiados para la ejecución de los mismos. Desarrollo de hábitos y de conducta social.

2º AÑO DIFERENCIAL

Para el desarrollo del programa de este año, se aconseja se tengan presente las sugerencias indicadas en el 1er. año, sin perder de vista en algunos puntos, lo indicado en los programas de enseñanza para niños normales y, además aquellas formuladas por la Comisión que redactó el primitivo programa para uso de las Clases Diferenciales, y con especial preferencia, en lo que tiene relación con los complejos del idioma en la parte correspondiente a enriquecimiento de la expresión oral y escrita (redacción del número) (cantidad, medida y cálculo); del físico-biológico y social, procurando ampliar las nociones en fórmulas más que de instrucción propiamente dicha, de educación en su más amplia expresión, de acuerdo con los intereses y aspiraciones de la comunidad social en que vive el niño a los que no deben ser ajenos ni las actividades domésticas, industriales, comerciales y sociales, principalmente en la conducta social.

En resumen: un programa de formación mínima, con extensión de la educación social en sus múltiples aspectos.

Los maestros deben escribir, en el primer año como en éste, la historia del proceso evolutivo del niño en su desarrollo corporal, mental y de sociabilidad, anotando lo más importante en cada caso, lo que tiene un valor indiscutible en el pronóstico de su vida futura.

3er. Y 4º AÑO DIFERENCIAL

Seguir en lo posible, en su fórmula mínima, el programa común, teniendo en cuenta cuando se comprueba que los niños no progresan, y después de un examen de los métodos empleados, que pueden ser causas de tal detención o estacionamiento, que no hay que pensar en la posible promoción a clases comunes, sino en dar al niño lo que éste pueda humanamente asimilar para defenderse en la vida, procediendo en forma capaz de estimular las ap-

titudes de mayor relieve para dirigirlo hacia las actividades sociales, más en consonancia con sus aptitudes, las que a veces son suficientes para triunfar.

También hay que tener presente que no es bastante el estímulo y la sugestión para que el niño se dé cuenta de su valor personal, o de sí mismo, sino que debe procurarse que en todos sus actos el niño pueda comprobar este valor en forma clara que es la mejor reacción de optimismo para su propio yo.

Finalmente el maestro que tiene la visión real de la clase, debe tener libertad para poder alterar el programa, que es una guía, un plan provisorio, modificable y sujeto a las reformas que las mismas reacciones de los niños puedan revelar.

V

COMO SE ATIENDE AL NIÑO RETARDADO MENTAL EN EDAD ESCOLAR

Todo niño que no se ajusta al desenvolvimiento normal de las clases, es enviado por la maestra, asistente social, médico, etc., o por la propia voluntad de los padres, a la Clínica Psico-Pedagógica de Sanidad Escolar. En esta clínica, atendida por una Maestra-Asistente Social-Psicóloga y dos ayudantes Psicólogas, el niño es sometido a diversas pruebas o tests, con el objeto de obtener su cociente intelectual.

De acuerdo con dicho cociente intelectual (C. I.) el niño es enviado a la clase especial que le conviene; así por ejemplo:

Con un C. I. de 90 para arriba a "Clase Común".

Con un C. I. de 70 a 80 a "Clase Diferencial".

Con un C. I. de 50 a 59 a "Escuela Auxiliar".

El cuadro de aplicación universal para la distribución en las clases o escuelas correspondientes es el siguiente.

"Clase Común". C. I. de 90 para arriba. (110 en adelante, supernormales).

De 80 a 89: lentitud de espíritu. (normal bajo).

"Clase Diferencial": De 71 a 79, zona marginal de insuficiencia.

De 60 a 70: Frontera inferior a la normalidad.

De 50 a 59: Fuerte debilidad mental.

"Escuela Auxiliar": De 60 a 64, mediana debilidad mental.

De 65 a 69, ligera debilidad mental.

"Sin escuela": De 25 a 29, Imbecilidad.

Menos de 25: Idiocia.

El número de "Clases Diferenciales" es aún reducido, siendo de 17 en la Capital y 18 en campaña, es decir de una por cada capital de departamento y una Escuela Auxiliar; además está el "Ins-

tituto Técnico de Asistencia y Rehabilitación", llamado Obra Morquio, de carácter privado.

También se observan las anomalías físicas que presenta el niño, ya sea de visión, audición, glandular, etc. y se le envía a las clínicas médicas correspondientes para un correcto estudio y tratamiento.

Además para su tratamiento psíquico se le envía a la "Clínica Psiquiátrica", siempre dentro de la misma repartición donde se le indica el tratamiento a seguir y se continúa su vigilancia; anualmente se ven entre 800 y 900 niños con dificultades en el aprendizaje, de los que un 95% acusan retardo mental.

Esta Clínica Psicopedagógica se incorporó a Sanidad Escolar en el año 1938 y la Maestra Asistente Social Psicóloga que la atiende fué la encargada de su organización. Cuenta pues con una existencia de 16 años y por ella han desfilado 7715 niños, índice altamente elocuente de la necesidad de la misma.

Esta clínica funciona en colaboración con la Clínica de Conducta y Orientación Infantil, creada también en Sanidad Escolar, a la que se envían los niños que presentan trastornos del carácter y son por lo tanto elementos de perturbación en el medio escolar o en el hogar.

En esta Clínica, asistida por un médico Psiquiatra y dos ayudantes Asistentes Sociales Psicológicas, el niño es estudiado y sometido a tests de conducta. Luego es tratado y se continúa su asistencia.

Para estos niños existe en Montevideo una "Escuela Hogar", donde son enviados.

A continuación figura un modelo de ficha pedagógica usada en clases diferenciales y los datos de uno de los alumnos de la misma:

VI

FICHA PEDAGOGICA PARA LAS CLASES DIFERENCIALES

ESCUELA Nº 82 de 2º Grado del departamento de Montevideo

I

Nombre del alumno: H. M.

Nacionalidad: Oriental.

Lugar de su nacimiento: 10ª sección judicial de Montevideo.

Día, mes y año en que nació: 13 de agosto de 1943.

¿De qué escuelas proviene?: De esta escuela.

Tiempo de permanencia en otras clases y escuelas: 1949 - 8 meses en jardinera; 1950 - 9 meses en 1º B.

Observaciones sobre su puntualidad, conducta, aplicación y otras manifestaciones recogidas por los maestros anteriores: Por enfermedad su puntualidad fué mala; sus progresos fueron muy pobres.

Fecha de ingreso a la clase diferencial: 26 de marzo de 1951.

Fecha de su egreso: Diciembre de 1952.

Causas: Promovido a 2º año común.

II

Nacionalidad de los padres: orientales.

Tiempo de residencia en el país: —

Impresión sobre sus condiciones económicas y morales: Buenas.

Manifestaciones de los padres sobre comportamiento del niño en el hogar: Su madre observa que es distraído. Su conducta es buena.

III

El maestro completará esta ficha anexando, todos los meses, una o más hojas en las cuales deje constancia de los siguientes datos:

Leguaje hablado. — Registrar los defectos que padece aunque no los clasifique.

Lenguaje escrito: sus manifestaciones.

Observaciones sobre sus dibujos, sus trabajos manuales, su escritura, sus juegos, preferencias manifiestas, atención, imaginación, memoria, asociación, juicio, razonamiento, voluntad, efectividad, temperamento, condiciones morales y sociales.

También consignará mensualmente los adelantos efectuados en cualquier orden, detenciones, retrocesos y todo cuanto considere digno de estudio.

H. M.

Edad cronológica: 8,8. Edad mental: 6,10. C.I. 79. Abril 1952

Abril 1951. — Como sufre algo del corazón, es un niño muy "contemplado" por su madre, la que solicitó, se tengan, por ese motivo, consideraciones con él.

Hace varios años un medio hermano fué alumno de esta clase, siendo su mentalidad inferior a la de este niño.

Su hermana, alumna de 4º año, es una niña que según su maestra, desconcierta por la irregularidad de su actuación; lo que un día realiza bien, al otro lo hace mal.

Posee pocos conocimientos de 1er. año.

Su conducta no es mala, pero es muy conversador y se distrae por cualquier insignificancia.

Mayo. — Por sus continuas distracciones su trabajo es lento y la calidad del mismo deja bastante que desear.

Junio. — Sobre los ejercicios realizados pueden hacerse las observaciones siguientes:

La representación de su figura humana es inferior.

Su ejercicio de atención sostenida es deficiente por el gran desorden que pone de manifiesto en su ejecución; en el de imaginación constructiva siguió un plan, pero muy pobre.

En ejercicios y dibujos revela una coordinación motriz regular, lo mismo que en el iluminado de láminas.

Agosto. — En lectura, escritura al dictado, ordenación de cláusulas, etc., trabaja bastante bien con las consonantes p, m, b, s, l. Mecánicamente, trabaja en aritmética, dentro de la centena.

En clase se ha insistido hasta el momento en ejercicios variados y razonados dentro de la decena.

En sencillas sumas, encuentra dificultad en fugas de términos.

Por su desatención e inquietud, que se acentúan ciertos días, la calidad de su trabajo es inferior.

Manualmente tiene poca habilidad.

Setiembre. — Mantiene las mismas características.

Octubre. — Presenta siempre mucha dificultad en aritmética. Después de numerosos y variados ejercicios realizados en forma práctica para hacer distinción entre unidades y decenas, todavía las confunde muchas veces. Igualmente trabaja con inseguridad en la composición y descomposición de cantidades.

Con frecuencia abandona el trabajo y muchas veces molesta a sus compañeros con palabras inconvenientes.

Noviembre. — Con el fin de afirmar los conocimientos dados, durante el mes ha trabajado sobre las dificultades ya estudiadas.

Por sus conversaciones, peleas y quejas, con frecuencia ocasiona conflictos, presentándose siempre él como inocente.

Diciembre. — Será promovido a 2º año Diferencial.

H. M.

Abril 1952. — Ha hecho revisión de los conocimientos adquiridos el año anterior, presentando ciertas inseguridades.

Siempre se manifiesta muy distraído y conversador por lo que con frecuencia es necesario llamarle la atención para que continúe su trabajo. Mejora su lectura y se observan progresos en caligrafía y prolijidad.

Mayo. — Para afirmar y ampliar lo realizado el año pasado está haciendo varios ejercicios de lenguaje, aplicando las consonantes p, m, b, s, l.

Dentro del número 15 está trabajando en forma razonada, en la composición y descomposición de cantidades, fuga de términos y en la resolución de sencillos problemas.

Junio. — En lenguaje continúa haciendo vocabularios, copias,

dictados y redacciones de cláusulas, aplicando las consonantes t, d, n.

Se insiste en ejercicios para la distinción de unidades y decenas, haciendo diversos ejercicios dentro del Nº 20.

Inició el estudio de la suma con dificultad.

Agosto. — Con las mismas características, continúa progresando.

Setiembre. — Siempre se hace necesario vigilarlo para que termine un trabajo.

Sus progresos podrían ser mayores si no fuera por sus distracciones y pérdidas de tiempo.

En lectura y escritura al dictado aplica bien numerosas consonantes.

En la resolución de sencillos problemas está aplicando la tabla del 2.

En manuales es poco hábil y en ellos también, pierde pronto el interés.

Sus dibujos son malos e incompletos.

Octubre. — Continúa progresando. Inició el aprendizaje de la división entre 2.

En aritmética oral, tiene días en que encuentra bastante dificultad.

Noviembre. — Ultimamente se manifiesta muy distraído y conversador, lo que se refleja en su caligrafía y prolijidad.

Su representación de la figura humana mejoró en relación con la hecha en marzo.

Ejercicios de atención e imaginación los realiza bien.

Se observan sensibles progresos en aritmética y lenguaje.

Diciembre. — Promovido de 2º año Diferencial a 2º año común.

1954. — Actualmente se va desempeñando bien en 3er. año común.

BIBLIOGRAFIA

- Alberto A. Alves. "Los niños retardados y las clases diferenciales.
Zoraida Díez Abella. "Hacia la educación de los deficientes mentales".
Emilio Verdesio. "Selección Escolar".
Datos proporcionados por la maestra asistente social y psicóloga de Sanidad Escolar, Srta. María Esther Rodríguez Pacios.
Datos proporcionados por la maestra especializada Srta. María Irene Ottonello de la clase diferencial de la Escuela Nº 82 de 2º grado.
-

Becarios Especiales

RECUPERACION SOCIAL DEL MENOR ABANDONADO

Por la doctora Blanca Zucolillo de Rodríguez Alcalá
(Paraguay)

"Consideramos que el grado de civilización de un pueblo se mide por la suma de fuerzas dispuestas a favor de la causa del niño; que el primer deber de la humanidad de hoy, es rodear a los que nos sustituirán mañana, de las mayores garantías y medios de defensa para que cumplan su misión con el mayor bienestar y rendimiento posible"

Morquio

El comienzo del siglo marca la iniciación de una etapa de grandes conquistas en la lucha por la protección del niño, cuyos problemas despiertan la inquietud del jurista, del médico, del sociólogo y del hombre de ciencia.

El niño es, indudablemente el material humano más importante, dentro de un Estado, por sus proyecciones futuras; y por esto al Estado moderno compete una intervención intensa, permanente y eficaz en esta etapa de la vida humana, recurriendo tanto a la acción pública como a la privada, a fin de asegurarse de una manera completa la solución de los problemas que a la niñez atañen. Y dentro de los problemas generales de la niñez es el problema del niño abandonado uno de los más importantes.

El primer punto que debemos aclarar es determinar qué se entiende por niños abandonados.

Entendemos que lo son —para los efectos de este trabajo—, tanto los moral como los materialmente abandonados, vale decir todos aquellos niños que viven en un ambiente, que aunque sea el familiar no es el que responde al concepto de HOGAR entendido como centro afectivo, y material donde el menor debe y puede alcanzar el triple desenvolvimiento físico, moral y espiritual pleno. Niño abandonado sería así "el que necesita encontrar un hogar, porque el suyo es inconveniente, inexistente, perdido transitoriamente o totalmente desaparecido".

El principio fundamental que rige en materia de protección del niño abandonado es que la asistencia debe hacerse en un ambiente familiar: ya sea el propio si fuera posible y conveniente el reintegro del niño o buscándole un hogar sustituto donde su recuperación social se realizará más fácilmente gracias al afecto que en él se le brinde; todo lo cual es posible dentro del sistema de colocación familiar que tan espléndidos resultados ha dado en la práctica. Y en una etapa posterior ampararlo con generosas leyes de adopción.

El doctor Roberto Berro —cuya autorizada opinión en la materia merece respeto universal—, dice al hablar de la recuperación del niño abandonado: "...y para tratarlos de tal manera que poda-

mos cuidarlos, corregirlos, educarlos y darles en todos los casos a los que no tengan familia propia, una sustitutiva o adoptiva que la reemplace, porque creemos con Jolly que "para que haya una educación es preciso que haya una familia". Más adelante continúa: "Las leyes deben completar la eficacia de la colocación de menores en un hogar sustituto en donde no sólo vive el niño apreciando todas las alternativas que ocurren diariamente en la vida de una familia, sino adquiriendo allí ese afecto necesario que su desgraciada situación de menor abandonado le había hecho perder. Para eso es necesario adaptar los principios legales que permitan la adopción de los menores como un medio efficacísimo y hermoso de protección infantil, en cambio del arcaico concepto que concebía a la adopción tan sólo como un modo de dar satisfacción al deseo natural de sentirse padres a aquellas personas a quienes la naturaleza les había negado sucesión".

Nos ocuparemos en primer lugar de la COLOCACION FAMILIAR. Es esta una institución con orígenes tan antiguos como la familia misma, si bien no en la forma organizada y coordinada como la conocemos hoy día. "En uno de los más antiguos asilos (siglo IV), el orfanotofio de San Maguebodus, el obispo de Angers, pagaba a algunos "padres nutricios" para que atendieran en sus hogares niños del establecimiento, menores de 4 años de edad, y que mantenía bajo la vigilancia de algunas colaboradoras femeninas de su obra". Antigua era también la costumbre de los parientes y amigos de la familia del niño necesitado de llevárselo y darle protección en su propio hogar. Bien es verdad, que muchas veces la persona que lo acogía lo hacía con el deseo de conseguir, en el presente o en un futuro más o menos próximo una ayuda en el trabajo doméstico o en el especializado, dando en cambio al menor comida, ropa, educación, conocimiento de algunos principios religiosos, etc., y en algunos casos categoría de hijo, especialmente si no los tenían.

Las leyes inglesas "Poor Laws" reglamentan este sistema, en el deseo de dar preparación al niño para que se baste más adelante a sí mismo. Es un contrato por el que el menor se compromete a servir un número de años que por lo general llegaba a la mayoría, a cambio de su manutención, que comprendía: las necesidades primarias, algo de instrucción y el aprendizaje de un oficio. En los Estados Unidos adoptaron el mismo sistema que se conserva todavía en algunas comunidades de ese país. Claro está que el futuro del menor siempre estaba subordinado a las condiciones morales y materiales del hogar que lo recibía y si bien algunos encontraban dentro de él atención, bondad y afecto, hasta el punto de llegar a ser adoptado, otros caían víctimas de la crueldad del amo y toda su niñez no era más que una sucesión de años amargos, de los que se liberaban fugándose para buscar, por sí mismos otro

destino mejor o para saciar su amargura en la venganza, y entran así en el camino del mal.

En el presente, la colocación familiar es una institución organizada por principios perfectamente conocidos y establecidos y cuyos resultados prácticos son la mejor confirmación de la bondad de los mismos.

La colocación familiar debe resolver tres problemas fundamentales:

- 1º) el niño a colocar.
- 2º) el hogar a elegir.
- 3º) la vigilancia posterior.

El primero de ellos plantea el estudio del menor para llegar a su conocimiento a fin de darle un hogar dentro del cual pueda obtener el desarrollo físico, intelectual y moral en la mejor forma posible. El problema varía muchísimo según sea la edad del niño. En un lactante, por ejemplo lo más importante es que tenga buena y abundante leche, a no ser que se trate de un pequeño enfermo, o con deficiencias físicas, en el cual caso deberá ser objeto de medidas especiales. En una etapa de mayor desarrollo físico aparecen ya mayores complejidades en el problema, creadas a veces por su mala formación moral o fallas en el psiquismo, complejos, etc., y es aquí precisamente donde el niño debe ser cuidadosamente estudiado, individualmente conocido y nunca considerado como un número más a ser "colocado" sino como un ser humano independiente, con características propias, con defectos y virtudes y sobre todo gustos, inclinaciones o vocaciones propias, a fin de obtenerle de acuerdo a su modo de ser y sentir, un hogar donde su recuperación se haga de la manera más natural posible para bien de él y de la familia que lo ha acogido.

En cuanto al segundo problema. ¿Cuáles son las normas a seguir en la elección de un hogar sustituto?

Esto nos lleva a la consideración de los distintos elementos que integran el hogar.

Comencemos por la cuidadora. No basta que ella sea una persona de buena voluntad, sino que además se requiere que tenga aptitudes para contribuir o por lo menos, no entorpecer el desarrollo de las posibilidades físicas y espirituales del niño. Las viudas, divorciadas o solteras pueden llenar estas condiciones, pero casi siempre es preferible que la colocación del niño se efectúe dentro de un hogar constituido. En todos los casos las circunstancias particulares deben ser apreciadas individualmente.

La conducta moral de la cuidadora es un elemento esencial, yo diría el primero a ser tenido en cuenta, pues nada puede suplir su falla.

Es además muy importante conocer el motivo por el cual so-

licitó el niño, que puede ser la clave para conocer mejor a la persona que nos interesa.

La edad, es factor que debe ser considerado. Es preferible evitar cuidadoras muy jóvenes o con demasiados años; las primeras por su falta de madurez psíquica que puede acarrear una variación afectiva peligrosa, y las segundas, por la falta de energía que por lo general tienen. Expresamos, sin embargo, que caben muchas excepciones, que deberán ser tenidas en cuenta por el Servicio Social.

Otro factor importante es la religión, tratando siempre de que el niño no se vea resistido o combatido en sus creencias, cuando ya las tiene.

Como la cuidadora no vive sola, por lo general, sino dentro de su núcleo familiar, este factor debe ser cuidadosamente observado. Lo ideal es que el hogar elegido constituya un grupo armónico, donde no haya conflictos emocionales, pues es nociva la influencia que los problemas familiares, especialmente los matrimoniales, tienen en los niños. Y finalmente uno de los puntos más discutidos: la situación económica del hogar. Es deseable que el hogar tenga una situación económica, que aunque modesta cubra las necesidades del mismo, sin depender de la retribución que recibe (en los casos de colocación remunerada) por el niño. Siempre causa efectos malos, en el ambiente familiar, la tensión nerviosa que la excesiva escasez de dinero crea; pero, el factor económico debe ser considerado en relación con las otras condiciones citadas anteriormente. No creemos que el hogar mejor y más feliz para el niño sea aquel donde éste puede satisfacer más fácilmente sus caprichos: juguetes más bonitos, mayor concurrencia a los cines, etc., sino aquel otro donde se le ofrece afecto, donde hay armonía, y sobre todo donde tiene el ejemplo que su espíritu necesita para el equilibrio de su estructuración moral e intelectual.

Respecto al hogar, en su aspecto físico, deben ser tenidas en cuenta ciertas condiciones. El número de personas que habita la casa para evitar la congestión; los menores no deben compartir la cama ni el dormitorio con los mayores. Lo ideal es que tenga su propia cama y si ha de compartir la habitación que lo sea con niños de su sexo; y en ningún caso que duerma en el dormitorio del matrimonio.

La habitación aunque modesta, debe ser limpia y en lo posible bien ventilada. Si hay en la misma casa otros niños —propios o en colocación— cuidar que su número no sobrepase la capacidad que tiene una persona para atenderlos, para evitar los problemas que la falta de cuidado puede acarrear al niño.

Y llegamos finalmente al tercer tópico: la vigilancia, sin la cual todo este sistema de la colocación familiar no puede existir. Cumplida la etapa de conseguir un hogar para el niño, pueden aparecer problemas como la falta de adaptación del menor; los abu-

sos de la cuidadora obligando al niño a cumplir tareas excesivas para su edad; problemas morales que no existían al momento de realizarse la colocación, etc., todos los cuales pueden ser evitados gracias a la vigilancia eficaz y oportuna.

Para la realización de la colocación familiar existe un elemento imprescindible, pivot sobre el cual se asienta y desarrolla todo el sistema, y que es el que determina —de acuerdo a su eficacia— los resultados de todo el sistema: el SERVICIO SOCIAL. A él corresponde resolver todos los problemas que hemos enunciado. De su competencia resultará una feliz solución del caso. La Visitadora social requiere además de amplios conocimientos teóricos, intuición, habilidad, comprensión y experiencia. La visitadora social ideal es aquella que ha alcanzado un perfecto equilibrio entre el cerebro y el corazón. La que resuelve un problema fríamente, con sólo los elementos externos del caso, pero sin comprensión afectiva, dará una solución incompleta; la que obra movida sólo por sus sentimientos llegará a una solución peligrosa y planteará problemas en el futuro.

Al Servicio Social compete la búsqueda del hogar; la ayuda en la adaptación del niño y el buen desenvolvimiento de las relaciones familiares; el descubrimiento de los peligros que se presenten en el futuro al niño; y por último en una etapa posterior, la orientación de la corriente afectiva entre la que hace de madre y el niño hacia la forma más perfecta de relación: LA ADOPCION.

En América la colocación familiar ha tenido gran difusión. En el VIII Congreso Panamericano del Niño, celebrado en Washington, en 1942, las veintiún naciones americanas firmaron la declaración que dice así:

“Oportunidad para que cada niño pueda crecer rodeado del cariño y con la disciplina indulgente de la vida familiar.

“Con este propósito en mente es necesario crear un ambiente de familia adecuado al desarrollo del niño, para lo cual es necesario adoptar las siguientes medidas:

“a) Todos los niños deberán vivir en el seno de una familia cuyo nivel de vida sea adecuado y que disfrute de una situación económica estable.

b) El Estado deberá tomar las medidas necesarias para asegurar la estabilidad económica de la familia.

c) Será también de la incumbencia del Estado preocuparse de que los niños desprovistos de hogar crezcan en un ambiente de familia adecuado.

d) Sólo cuando no sea posible cuidar a los niños en un ambiente familiar podrá colocársele en un asilo.

e) La indigencia de la madre no podrá ser motivo para separarla por completo de su hijo, y las instituciones de beneficencia

deberán proporcionarle su subsidio o pensión mientras se resuelve su situación económica”.

Entre los países de América que tienen colocación familiar figuran Estados Unidos, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Puerto Rico y Uruguay, además de otros de los que no hemos conseguido información.

Vamos a referirnos, sumariamente, de la colocación familiar en el Uruguay.

Existen ahí dos tipos de colocación familiar: la remunerada y la gratuita que recibe el nombre de custodia.

La primera, es la más extendida y a ella recurren en general todas las instituciones encargadas del cuidado del niño como forma de evitar al menor su internación en un asilo.

El Código del Niño en su art. 54 dice: “Siempre que razones poderosas hagan imposible la permanencia del niño con su madre, se procurará su colocación en un ambiente familiar, prefiriéndola a cualquier otra solución”. Disposición aplicable a los niños de Primera Infancia. En el siguiente capítulo referente a la Segunda Infancia el art. 57 expresa: “La orientación fundamental de su acción será tratar de mantener al niño en su propio hogar, buscándole uno sustitutivo a quien le falte moral o materialmente el hogar paterno”.

Con esta finalidad, dará preferencia al sistema llamado de “colocación familiar”, organizado técnicamente y bajo rigurosa vigilancia.

El Capítulo VIII dedicado a adolescencia y trabajo establece en su art. 64: “Deberá preferirse la colocación familiar vigilada de estos menores y cuando se pueda, en su propio hogar, pudiendo en algunos casos de excepción, recurrirse a un subsidio temporario”.

La colocación familiar puede ser realizada por el Consejo del Niño, por intermedio de sus organismos administrativos o también ser decretada por el Juez de Menores, en los casos de vigilancia para los menores que han cometido algún hecho antisocial.

Se realiza con niños normales o anormales, dando en este caso una retribución más alta a la cuidadora. La retribución en los casos normales es de 52 pesos.

La Custodia es en realidad el primer paso para la adopción. Se la da a solicitud del interesado, que es un matrimonio, por ejemplo, que desea adoptar un niño. Es gratuita, de aquí que la vigilancia sea más difícil, pues falta el contralor mensual que en los casos de la cobranza de la colocación familiar se cumple automáticamente.

Por otra parte el motivo que la origina obliga a una supervisión más delicada, cuidando siempre de no afectar las relaciones afectivas que se están desarrollando, para no entorpecer su fin.

Cumplido el plazo de dos años que la ley determina indispen-

sable y durante el cual el menor estuvo al cuidado y protección del interesado, puede procederse a la adopción.

Los resultados prácticos obtenidos en el Uruguay son altamente satisfactorios. No desconocemos que han ocurrido casos dolorosos, pero no pasan de excepciones, las cifras favorables son muy altas.

En la División Segunda Infancia, según los datos de su Director el doctor Domingo W. Sarli el 80% de los niños están en colocación familiar.

En la División Primera Infancia, donde están los niños de 1 a 3 años, las 4/5 partes de ellos están en Hogares sustitutos, según informe del doctor Luis M. Petrillo.

Se puede apreciar, por la difusión que el sistema de la Colocación Familiar ha alcanzado y la fuerza de sus resultados favorables, que él constituye un medio mucho más eficaz y feliz —que la de los antiguos asilos— cuyos inconvenientes son tan conocidos e insalvables que hacen impostergable su reforma, de acuerdo a los modernos principios que rigen la recuperación del niño abandonado y que se fundan en el hecho innegable que sólo puede obtenerse dentro de un hogar al calor de los afectos que en él nacen y se desarrollan.

Y pasamos a ocuparnos de una institución jurídica que tiene una importancia fundamental en la recuperación social de los niños abandonados: la ADOPCION. Gracias a ella se soluciona la situación de aquellos pequeños seres que eran recogidos por personas que les ofrecían dentro de su hogar el lugar de verdaderos hijos y a quienes brindaban el amor que tenían reservado para los propios, que no habían llegado, pero a los cuales no les podían —por inexistencia o insuficiencia de la ley— darle la categoría jurídica de hijos. La adopción es una institución superior a cualquier otro sistema de asistencia social y debe ser considerado en primer término, dentro de cualquier movimiento de reforma en pro del niño.

Tiene rancio abolengo dentro del Derecho Civil antiguo, cae luego en períodos de casi total olvido, para reaparecer, en el Derecho Civil moderno, con mayor brillo por sus beneficios positivos en el orden social. Hemos de reconocer, si, que ella ha sufrido una gran transformación, despojándose de su fin utilitario de asegurar continuidad en las familias para dar cumplimiento a las exigencias del culto familiar en la primera etapa o la de asegurar continuidad en los linajes aristocráticos, más adelante, para desarrollarse, en el presente, bajo el principio de buscar por sobre todo la felicidad del niño.

Veamos someramente su desarrollo histórico, antes de entrar en su estudio dentro del Derecho Positivo.

En la antigüedad —Grecia, Roma, India, Oriente— se observaba el culto de los dioses lares.

Dentro de la concepción religiosa, que la familia tenía, este culto de los antepasados revestía valor importantísimo, pues el descanso del alma del difunto dependía exclusivamente del cumplimiento del rito familiar, y su omisión condenaba al antepasado a vagar eternamente, sin encontrar jamás paz ni sosiego. Los banquetes fúnebres se realizaban con el objeto de evitar la ira del difunto que podía perseguir a los descendientes con grandes desgracias en caso de incumplimiento. La recompensa, en cambio era la protección de la familia otorgada por el antepasado a sus descendientes que cumplieran con el culto familiar.

Dentro de este culto, revestía también gran importancia el mantenimiento del fuego sagrado.

Dentro del sistema familiar, correspondía al hijo varón recoger la herencia, suceder al antepasado y sobre él recaía la obligación de efectuar las ceremonias antedichas. De aquí la necesidad de asegurarse descendencia para alcanzar descanso eterno, mediante las prácticas religiosas del culto de los lares.

Dentro del derecho Hindú y Griego el padre que no tenía sino descendencia femenina, podía pactar que el hijo varón nacido de su hija pasase a ser hijo suyo, como una forma de asegurarse descendencia masculina. También podía asegurarse descendencia masculina el difunto, por el casamiento ulterior de la viuda con el hermano o pariente más próximo de su fallecido esposo y otorgándole calidad de hijo del muerto al varón nacido del nuevo matrimonio. Este último procedimiento lo conocían en Esparta, Atenas, Egipto, India.

Las leyes de Manú nos hablan de seis categorías de hijos entre los que figura el adoptado (cuando se acepta por hijo a un joven de su casta).

Por lo que refiere a las antiquísimas legislaciones de Caldea, Asiria y Babilonia, tienen también sistemas para la institución de un heredero. Uno de los procedimientos usados era el legitimar al hijo habido de una esclava.

En el Derecho Romano la adopción adquiere gran desarrollo. Para el romano el culto doméstico era un deber sagrado, y para cumplir con las obligaciones que él importaba debía asegurarse la perpetuidad de la familia, de tal modo que siempre hubiera quien ofreciera sacrificio a los dioses y realizara ceremonias fúnebres ante la tumba de los antepasados. A esta preocupación de carácter religioso se unió otra de orden civil. En el Derecho Romano el parentesco era de un carácter diferente al nuestro pues la agnación derivaba del derecho civil y no de los vínculos de sangre exclusivamente, de modo que se recurría a la adopción —institución del Derecho Civil— en los casos de falta de descendencia para remediar la situación. Los dos motivos hicieron que la adopción en Roma tuviera extraordinario auge, tanto que mientras en nuestro derecho

moderno esta institución es de carácter excepcional, en Roma funcionaba tan corrientemente que se le consideraba una forma natural de adquirir derechos como los que se obtenían de una descendencia legítima.

Dos formas distintas reviste la adopción en el Derecho Romano: la abrogación y la adopción. La primera "abrogatio" era exclusivamente para personas "sui juris" y los efectos que producía eran muy graves pues no sólo el abrogado sino todos los que estaban bajo su patria potestad caían bajo el poder del abrogante, de modo que sus consecuencias rebasaban los límites del derecho privado para entrar en el político. Las formalidades exigidas eran, por esta razón muy severas. Se requería aprobación del comicio por Curias, y en la época imperial la del Emperador.

El efecto podía acarrear la extinción de toda una familia y su culto privado, cosas que interesaban al Estado y a la Religión.

La segunda "adoptio" era la que conocemos hoy pero con efectos muy amplios. Se realizaba sobre personas que estaban bajo patria potestad de modo que requería previamente la pérdida de ella por el que la ejercía, lo cual se lograba dentro del Derecho Romano formalista por la emancipación, repetida tres veces, del hijo. Luego —ante el magistrado— el adoptante requería la patria potestad para sí y como el padre natural no lo contradecía, quedaba cumplida la adopción civil.

Su procedimiento emana de la ley de las XII Tablas, lo que nos dice de su poca antigüedad frente a la abrogación.

Además de la parte civil se cumplía la religiosa, que consistía en un repudio de los lares de la familia natural y la introducción posterior al nuevo culto familiar.

Los efectos eran muy amplios. El adoptado rompía todos los vínculos de agnado con su familia natural, incluso los derechos hereditarios y pasaba bajo la patria potestad del padre adoptivo con toda la amplitud que ella tenía en el Derecho Romano. Debía adoptar el nombre de la "gens" que lo adoptaba, si bien el de su familia natural lo usaba como cognomen.

En época de Justiniano se realizó una reforma para evitar el peligro del adoptado, que habiendo perdido su familia natural, podía también perder la adoptada por emancipación cumplida por su padre adoptivo, caso en el cual quedaba sin derechos hereditarios, en ambas familias. Según la reforma, si el adoptante era ascendiente del adoptado se realizaba la adopción plena, pero si no lo era sólo se permitía la "adoptio minus", por la cual el adoptado seguía conservando sus derechos hereditarios en su familia natural.

EDAD MEDIA. Durante este período la adopción pierde importancia. La familia —a cuyo servicio nació y se desarrolló la institución— cambia su organización patriarcal y su fundamento religioso, con lo cual la adopción pierde la fuerza de su doble fin prác-

tico. Durante este período rige el principio de que los títulos se transmiten "jus sanguinis". Pertenecen a la familia y no a la persona, de modo que el adoptante no podía transmitirlos al adoptado, pues no estaba unido a él por vínculos sanguíneos. La adopción se cumple rara vez. Surgen en cambio algunas instituciones que tienen alguna característica común con la adopción pero cuyos efectos no son iguales: la afiliación, la fraternidad, etc..

DERECHO MODERNO. Como anotamos más arriba la adopción en el período anterior cae en el olvido casi total por parte de la filosofía que no le presta atención, el derecho que la discute y la práctica que no la realiza. Su resurgimiento se realiza en la Revolución Francesa. Los oradores y filósofos de la época —como movidos por un fervor místico— se entusiasman y exageran sus efectos atribuyéndole el poder de reformar el orden social como elemento nivelador de clases.

El 9 de Enero de 1792, el diputado Delive de Saint-Mars elevó a la Asamblea Legislativa una "Memoria sobre la adopción" encomiando la institución, a la que atribuía virtud de implantar las buenas costumbres. Y es por un decreto en fecha 18 de Enero de 1792, que se produce la aceptación de los principios de la adopción en Francia. Pero no fueron reglamentadas las condiciones, ni la forma, ni los efectos.

En la práctica las adopciones se multiplican, se realizan adopciones hasta por el Estado. Los proyectos de ley sobre la materia se suceden, hasta que se consigue legislarla en el Código de Napoleón.

Mientras tanto, movidos por la necesidad, se dicta la ley del 25 Germinal del año XI, que constituye una especie de ley de amnistía, para dar validez a las múltiples adopciones realizadas en las precarias condiciones antes citadas.

Código de Napoleón. Este cuerpo legal marca una etapa definitiva en la historia de la institución que nos ocupa.

Los principios que debían organizar y desarrollar la adopción toman dos rumbos antagónicos. Unos sostienen que la imitación a la naturaleza debe ser perfecta, y otros que pretenden solo que sea un contrato revocable y con efectos muy limitados.

Triunfa esta última y la adopción surge como una institución de orden filantrópico destinada a ser el "consuelo de los matrimonios estériles y una forma de protección para los niños pobres". Y así se mantuvo esta institución del Código Civil del año VIII hasta la reforma de 1923, salvo muy escasa modificación.

Las condiciones que debía llenar el adoptante eran las siguientes:

Ser mayor de 50 años (art. 343).

Carecer de hijos o descendientes en la época de la adopción.

Haber cuidado del adoptado durante su menor edad por 6 años por lo menos. (art. 345).

La adopción podía ser realizada por personas de uno u otro sexo siempre que tuvieran 15 años más que el menor (art. 343). Si el adoptante era casado requería el consentimiento del otro (art. 344).

En cuanto al adoptado, debía ser mayor de edad (art. 346) y debía prestar su consentimiento juntamente con el de sus padres si no había alcanzado los 25 años, pero si los había cumplido se requería sólo el consejo de aquellos.

En cuanto a los efectos. El adoptado seguía perteneciendo a su familia natural, pero estaba unido al adoptante por vínculos de paternidad y filiación (art. 348). Existía obligación alimenticia entre ambos (art. 349). El adoptado entraba en la sucesión del padre adoptivo como un hijo legítimo, pero el adoptante no lo heredaba y sólo le competía la restitución de lo donado en caso de sobrevivir a su hijo adoptivo (art. 359).

La adopción se consideraba impedimento para el matrimonio (art. 348).

En cuanto a la forma: Constituye un contrato solemne celebrado ante Juez de Paz, que para producir efecto debía ser homologado, primero por Tribunal Civil y luego por la Corte de Apelaciones. Era obligatoria la inscripción en el Registro Civil dentro de un plazo de 1 a 3 meses.

Además existía la adopción testamentaria que se utilizaba para adoptar a un menor cuando el adoptante temía morir antes que el menor cumpliera la mayoría de edad. Los efectos se cumplían desde la fecha de la muerte. Si el adoptado llegaba a la mayor edad antes del fallecimiento del adoptante regía la adopción común.

Y por último la llamada remuneratoria en los casos de que una persona salvaba la vida a otra en combate, incendio, naufragio u otra catástrofe y para la que no se exigía el requisito de la diferencia de 15 años ni más de 50 para el adoptante. Tampoco la necesidad de tutela previa.

La ley de adopción francesa tal como la instituyó el Código de Napoleón era poco menos que impracticable. Los requisitos de forma y fondo, condiciones y el limitado efecto de la institución fueron causa de que no pudiera desempeñar la función social que debía cumplir. Una de las mayores trabas era la imposibilidad de adoptar menores, que desvirtúa casi el noble fin para el cual debe existir.

Además el problema de Francia frente a los miles de huérfanos menores que quedó como saldo trágico de la guerra del 14 planteó la necesidad inminente e imperiosa de reformar la ley a fin de que ella constituyera por su nueva esencia y forma una solución para este problema social de tanta trascendencia.

Y llegamos así a la reforma del 27 de Julio de 1917 por la cual el Estado adopta a los menores huérfanos, cuyos padres o madres o sostenedores hayan caído víctimas militares o civiles del enemigo. La protección se daba hasta la mayoría de edad.

En el artículo 27 encontramos el germen de la modificación pues permite la adopción de menores a la persona que ha sido encargada gratuita de un niño por más de tres años. Debía mediar consentimiento del Consejo de Familia y el menor tener más de 15 años.

El movimiento reformista es cada vez mayor y cristaliza, luego de sucesivos proyectos en la ley del 19 de junio de 1923. El principio rector de la nueva ley está claramente enunciado en el art. 343: "La adopción no puede tener lugar si no hay justos motivos y ventajas para el adoptado". Entramos ya en la corriente moderna.

La principal modificación es la que se refiere a la posibilidad de adoptar menores. No se requiere el haberlos protegido o cuidado, pues la adopción se cumple siempre que haya justos motivos y beneficios para el menor.

Aunque se mantiene la diferencia de 15 años entre el adoptante y el adoptado, aquél no necesita tener 50 años sino 40.

En cuanto a la existencia de hijos se mantiene el principio del C. Civil.

Respecto al consentimiento por parte del adoptante, subsiste la necesidad de la conformidad de ambos cónyuges, salvo incapacidad de uno de ellos o separación; y respecto al adoptado si es mayor basta su consentimiento, si es menor, mayor de 16 tiene que estar asistido por sus padres, si es menor de 16 años los padres, y en caso de muerte de ellos el Consejo de Familia da por él el consentimiento.

Los efectos, por lo que respecta al nombre, obligación alimenticia y derechos hereditarios, siguen en la misma forma del Código Civil. El adoptado no sale de su familia natural, pero la patria potestad la ejerce el padre adoptivo.

Crea impedimento para la celebración del matrimonio entre el adoptante y el adoptado y sus descendientes, entre el adoptado y cónyuge del adoptante y entre el adoptante y cónyuge del adoptado. Entre hijos adoptados por una misma persona, y entre el adoptado y los hijos legítimos que pudieran sobrevenir al adoptante. Estos dos últimos casos pueden ser dispensados.

La reforma permite la revocabilidad de la adopción por causas muy graves y será decretada por el Tribunal.

En cuanto a las formalidades fueron simplificadas, pues se suprime la homologación por la Corte de Apelaciones. Además la adopción puede verificarse ante el Juez de Paz o Notario. Au-

mentando el número de funcionarios capaces de autorizar el acto se facilita la realización del mismo.

Finalmente la última reforma francesa a la institución que nos ocupa es la llevada a cabo por el Código de Familia de fecha 29 de julio de 1939.

La reforma abrevia la diferencia de edad entre el adoptante y el adoptado a 10 años cuando éste fuera hijo del esposo adoptante o por dispensa del Jefe de Estado.

Si el menor está en poder de particular o del Estado, el consentimiento lo da el Tribunal que entiende en la homologación, pudiendo apelarse dentro del plazo de 1 mes en vez de 2.

Hay obligación de publicar un extracto de la homologación en el Diario de Avisos.

Si el menor no ha cumplido los 16 años hay sustitución de apellido a menos que el decreto resuelva lo contrario. Por la ley anterior se agregaba el apellido del adoptante al propio.

Respecto al ejercicio de la patria potestad, si el adoptado es hijo de uno de los cónyuges, ambos la tienen, pero el padre o madre natural conserva el ejercicio.

Según la reforma, el adoptado queda en la familia natural, pero el Tribunal de homologación puede decretar que sale de ella y entre en la adoptiva, siempre que el adoptado no haya cumplido 21 años.

La revocación puede pedirse no sólo por causas muy graves, sino solamente graves, pero no antes que el menor haya cumplido 13 años.

Y finalmente la ley de reforma reconoce una clase de adopción llamada LEGITIMACION ADOPTIVA que es una figura similar a la legitimación de hijos naturales, y de la que trataremos extensamente, más adelante.

LA ADOPCION EN LATINO-AMERICA. Después de examinado el proceso histórico de la adopción a través del tiempo y su desarrollo jurídico, señalaremos brevemente sus caracteres dentro de América Latina.

La historia de esta institución pasa por tres etapas bien definidas: La primera comienza después de su descubrimiento, cuando por conquista formaba ella parte del Reino Español. La legislación aplicada era la de la madre patria, y por ende también lo era en la materia que nos ocupa. España tuvo incorporada la adopción en el Fuero Real y las Partidas, en donde se habla del profijamiento y reconoce el efectuado con mayores de edad (adrogatio) y del menor de edad. En el código de 1889 también encontramos la adopción pero con efectos muy limitados y sin derecho sucesorio para el adoptado, a no ser que mediara institución de herederos. Era un acto revocable o impugnabile por el adoptado luego de cesar su minoría de edad.

La independencia de las colonias americanas y portuguesa, marca una etapa histórica y jurídica. Pues consecuentemente a la liberación de los estados, se produce como natural consecuencia un sistema de legislación independiente. La adopción —en este segundo período— no adquiere gran desarrollo, y las pocas naciones que aceptan la institución, la reglamentan bajo los principios individualistas y los efectos tan restringidos del Código de Napoleón.

El valor humanitario de la adopción no había sido aun reconocido. Se veía en ella sólo un medio de "hacer la felicidad de matrimonios estériles y ayudar a niños desamparados".

La tercera etapa en el desenvolvimiento histórico de las leyes de adopción en América Latina se inicia con la preocupación que despierta en todo el mundo la necesidad de dar protección y amparo al niño abandonado, y podemos citar una fecha —1924— en la que se celebra el Cuarto Congreso Panamericano del Niño, en Santiago, Chile, como el momento histórico preciso en el cual surge de una manera clara y concreta la necesidad de dar nacimiento a nuevas leyes de adopción.

Las naciones americanas responden al llamado de una manera más o menos rápida y en la actualidad 15 estados americanos tienen leyes de adopción, con diferencias algunas veces substanciales como veremos a continuación.

La adopción es un acto trascendental por el cual se permite el paso de un menor o un adulto de su familia natural a otra (adoptiva) con efectos específicamente determinados por la ley.

Las condiciones para la realización del acto varían, pero dentro de las de fondo y forma hay algunas comunes a todas las legislaciones.

Todas las leyes de adopción exigen al adoptante una edad mínima, y algunas edad máxima (Ecuador fija 60 años máximos para el adoptante; Chile 70 años). La edad mínima varía entre los 21 años exigidos en Colombia a los 50 años (Bolivia, Perú y Brasil).

En general la edad más comúnmente exigida es la de 45 a 50 años con el objeto de proteger la familia legítima y evitar los problemas que surgen con el nacimiento posterior de hijos propios. De ahí que se fijara una edad donde las posibilidades de procreación natural se volvían más difíciles.

Respecto a la edad del adoptado, el principio general es que puede realizarse en beneficio de un menor o de un mayor, sin limitación para la edad mínima, excepto Bolivia que prohíbe la adopción de un menor de menos de 14 años. Las demás legislaciones están dentro del espíritu moderno que rige la materia, y cuyo principal propósito debe ser ayudar a los niños de cualquier edad.

Con el objeto de crear un parecido más real entre las rela-

ciones familiares que nacen de la adopción y las que surgen de la familia natural se exige una diferencia de edad entre el adoptante y el adoptado. La diferencia va de los 15 a los 20 años. Hay excepción.

La mayoría de las leyes de adopción americanas limitan la capacidad del adoptante a aquellas personas que no tengan hijos legítimos o ilegítimos. El propósito de la restricción es evitar en lo posible los conflictos —para hijos y padres— entre los hermanos de distinta situación. En Colombia la ley va más lejos estableciendo como causa de terminación de la adopción el nacimiento de un hijo en la familia del adoptante. La ley de adopción uruguaya —del Código del Niño— suprime la prohibición.

La adopción de hijos naturales, no es permitida en general pues predomina el concepto, que debe preferirse siempre un lazo de parentesco natural a uno legal. La ley argentina consagra la excepción. En el art. 40 dice: "No podrá adoptarse más de un menor de cada sexo por persona o matrimonio. Se exceptúan; a) .. b) Si el nuevo adoptado es hermano de algunos de los menores ya adoptados o HIJO ILEGITIMO DEL ADOPTANTE NACIDO POSTERIORMENTE A LA PRIMERA ADOPCION.

Existe en todas las legislaciones una prohibición por la cual el tutor no puede adoptar a su pupilo mientras no le hayan sido aprobadas judicialmente las cuentas del cargo, para evitar que el tutor pueda eludir la responsabilidad que su cargo le acarrea, mediante la adopción, con perjuicio evidente para el menor.

CONSENTIMIENTO. Se reconoce de una manera general la necesidad del consentimiento de los padres naturales del menor. En caso de que la adopción sea solicitada por un matrimonio es necesaria la conformidad de ambos cónyuges. En algunas legislaciones se requiere el consentimiento del menor, en la Argentina, por ejemplo, si tiene más de 10 años.

PROCEDIMIENTO. Dentro de lo que disponen las diversas legislaciones sobre adopción, encontramos dos sistemas definidos: por escritura pública y judicial. El Brasil y el Uruguay son ejemplos del primero. En este último país el notario no puede otorgar los instrumentos si previamente no han recabado la conformidad del Consejo del Niño, cuando se trata de adopción de menores.

El segundo sistema, el judicial se cumple en Ecuador, en Colombia, en Perú, en Argentina.

EFFECTOS: Considerando las disposiciones contenidas en las diversas leyes de los Estados Americanos, nos encontramos con que hay soluciones diferentes, pues en algunos se sigue un criterio amplio, en otros muy restringidos y por último hay algunos que siguen un criterio intermedio.

En general, el principio que se sigue en materia de relaciones familiares en que no se extienden más que entre el adoptante y el

adoptado, sin incluir los familiares de uno u otro. La excepción la marca el Uruguay con su ley de Legitimación adoptiva, que estudiaremos en detalle.

En cuanto al nombre; se produce un cambio por sustitución del propio por el del adoptante o por la combinación de ambos.

Existe la obligación entre adoptante y adoptado de prestarse alimentos como principio incorporado en todas las legislaciones.

Respecto a los efectos hereditarios las soluciones están divididas. Algunas consagran el principio de que los hijos adoptivos heredan como los legítimos, si el adoptante no tiene descendientes legítimos. Pero el principio más comúnmente seguido es que el adoptivo hereda una parte, determinada por la ley, menor que la de un hijo legítimo. (Costa Rica, Chile y Panamá, por ej.).

Otro principio incorporado en general a todas las legislaciones es que el adoptado no hereda a los ascendientes, ni parientes del adoptante.

REVOCACION. Todas las legislaciones americanas sientan el principio de la revocabilidad de la adopción. Algunas no especifican los motivos diciendo simplemente por motivos graves, y se entienden que ellos son los que pueden causar la desheredación. Otras —Argentina por ejemplo— establecen además otras causas. Colombia, Costa Rica, Brasil, Ecuador, permiten la revocación por causas de ingratitud, o indignidad. La ley boliviana no hace mención alguna sobre la revocabilidad.

En algunas legislaciones la revocación puede ser concedida por acuerdo de partes, o por voluntad del adoptado, cuando hubiere cesado la minoría de edad y dentro de un plazo determinado por la ley.

Entre las legislaciones más antiguas sobre adopción en América figuran el Código Civil Boliviano, que data del año 1831 y el Colombiano de 1873.

Por el 1º las condiciones son: el adoptante debe tener 50 años cumplidos, salvo casos excepcionales como el de haberle sido salvada la vida, en caso de combate, naufragio, etc., en el cual también hay dispensa de la diferencia de edad que debe mediar, que es de 15 años.

Respecto al adoptado debe tener por lo menos 14 años.

Consagra la obligatoriedad de prestación de alimentos.

En cuanto a la herencia el adoptado hereda como un hijo legítimo si no hay descendencia legítima o natural nacida después de cumplida la adopción. Si los hay concurre después que ellos.

Colombia. La adopción figura en el Código Civil de 1873 y es la única ley en la materia que requiere sólo los 21 años cumplidos para realizar una adopción. En cambio limita, a las personas solteras, a que la realicen sólo en personas del mismo sexo. La diferencia de edad debe ser de 15 años.

Son leyes posteriores, la del Brasil de 1916 cuya reglamentación obedece a una corriente más moderna.

Costa Rica por ley N° 140 de 19 de Agosto de 1934 incorpora la adopción a su sistema jurídico, dentro de una corriente intermedia. El adoptado, por ejemplo, concurre a la herencia con la porción de un hijo natural.

Ecuador, en 1948 establece la ley de adopción con la siguiente particularidad: las relaciones entre el adoptante y el adoptado son las siguientes: a) Si no tiene hijos legítimos o ilegítimos, el adoptado adquiere la categoría de hijo legítimo; b) si ambos cónyuges o uno de ellos tiene hijo legítimo, rige igual disposición; c) si tienen hijo ilegítimo adquiere la categoría del hijo existente.

Argentina consagra en su ley de adopción de 1948 el principio de que puede adoptarse sólo a menores que no hayan pasado de 18 años y sin hacer distinción alguna de categoría, como huérfanos, abandonados, etc..

El paso más avanzado dado en favor de la institución de la adopción, lo cumple el Uruguay con la ley de legitimación adoptiva.

Con anterioridad a ella la adopción estaba regulada en el Código Civil bajo el principio señalado por los redactores mismos y que decía: "El proyecto mantiene la adopción como consuelo de las personas, que no han tenido hijos o han tenido la desgracia de perderlos".

Las condiciones exigidas al adoptante eran: 45 años cumplidos; que no tuviera hijos legítimos o naturales. La diferencia de edad con el adoptado era de 18 años. No es permitida la adopción del hijo natural.

Los efectos que producía: relación de familia entre el adoptante y el adoptado exclusivamente. La patria potestad y la tutela, por singular disposición, continúan igual después de celebrado el acto (art. 251, inc. 2º) lo que ocasiona la coexistencia de dos voluntades en el menor.

Los derechos sucesorios son amplios, pues los adoptantes heredan a sus adoptados a falta de ascendientes o descendientes o hermanos, y el adoptado a su vez, concurre con los hermanos legítimos del causante en los casos en que no hay ascendientes, descendientes cónyuges o hijos naturales.

La adopción por el Código Civil es irrevocable (art. 251, inciso 1º).

La necesidad de la reforma de las disposiciones del Código Civil de la República Oriental del Uruguay respondió al deseo de este país progresista de poner este instituto al día, tomando desde luego las directivas que señalan los principios modernos por los cuales se rige la adopción y en fecha 6 de Abril de 1934 la nueva ley denominada "Código del Niño" lleva a cabo la re-

forma sobre el principio de protección del menor ante todo, sin excluir claro está, a los mayores de edad.

En la nota y exposición de motivos que acompañó el proyecto se expresa: "el capítulo XIII enfoca y resuelve humanamente uno de los más inquietantes y angustiosos problemas que plantea la infancia desamparada, facilitando considerablemente que estos niños tengan un verdadero hogar".

La reforma efectivamente reduce considerablemente la edad exigida al adoptante —30 años en vez de 45— exigida por el Código Civil. En cambio aumenta de 18 a 20 la diferencia que debe existir entre adoptante y adoptado, que más bien conspira contra la finalidad general de la ley. (art. 156).

Otra innovación digna de señalar es la posibilidad —aun para los que tienen hijos legítimos— de realizar una adopción a favor de un menor. No se permite por la ley la adopción del hijo ilegítimo (art. 160) prefiriéndose así el vínculo natural al legal.

La patria potestad pasa al padre adoptivo (art. 166), aunque el adoptado continúa perteneciendo a su familia natural, donde conserva todos sus derechos (art. 166, inc. 19).

En cuanto al consentimiento rige el principio de la necesidad de consentimiento de ambos padres o de uno si está muerto, impedido o divorciado el otro (art. 161).

Si los padres no ejercen la patria potestad, se requiere consentimiento del representante legal del menor. (art. 163).

La adopción sólo establece relaciones jurídicas entre el adoptante y adoptado (art. 168).

Sus efectos están establecidos en el art. 167: obligación del adoptado de respetar y honrar al adoptante y obligación recíproca alimentaria. Derecho de heredarse sin testamento en los casos y con la distinción que se determina en el título de la sucesión intestada en el Código Civil.

En cuanto a las formalidades, deben cumplirse por escritura pública, pero por la reforma se requiere la autorización del Consejo del Niño, en que se acredite idoneidad moral del adoptante y protección y cuidado del menor por dos años (art. 169).

La escritura deberá ser inscripta en un libro especial que llevará la Dirección del Registro del Estado Civil, dentro de 30 días de otorgada (art. 170).

Desde el punto de vista práctico la reforma ha resultado un éxito. Damos a continuación algunos datos estadísticos.

Antes de la reforma el promedio de adopciones era 30 por año.

1920	1929	1930	1931	1932
13	42	33	34	28

Después de la reforma:

1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940
60	86	110	87	110	117	134

y así sucesivamente.

Desde el punto de vista técnico jurídico, la reforma ha planteado problemas por no haberse especificado en la ley que ha sido objeto de la reforma.

Tres soluciones se han dado al respecto: a) El Código del Niño ha derogado sólo en parte las disposiciones del C. Civil. b) La nueva ley sólo comprende lo relativo a menores, por lo cual coexistirían dos sistemas sobre la misma institución; y c) El Código del Niño ha derogado todas las disposiciones anteriores y sólo rige en la actualidad un sistema para mayores y menores. Creemos que coexisten dos sistemas, pues no es posible someter, por ejemplo, la aceptación de la adopción de un mayor de edad al Consejo del Niño.

LEGITIMACION ADOPTIVA. Los legisladores del Uruguay en su afán de obtener una recuperación social más completa para el niño abandonado, que ha tenido la fortuna de ser llevado al seno de un hogar, donde le han prodigado los cuidados y el afecto que merece el hijo propio, ha buscado un camino más avanzado para obtener la fórmula legal que asimile totalmente las relaciones familiares de éste al de un natural. O sea que se trata de que el vínculo de afecto y cariño sea por ley idéntico al natural que se obtiene mediante la paternidad. La consagración del principio se cumple en la ley N° 10.674 sobre legitimación adoptiva del 25 de noviembre de 1945, y por la cual el niño legitimado es considerado como nacido dentro del matrimonio, e inscripto tardíamente.

¿Cuáles fueron los motivos que movieron a los legisladores para llevar adelante semejante reforma?

En la exposición de motivos, el autor de la ley doctor Etche-goyen, explica: "Es fácil apreciar la importancia y frecuencia de un grave problema actualmente sin solución satisfactoria, que plantea en las familias que han criado y educado como hijo a un menor desamparado, que ocupa en su seno el mismo lugar que tendría el legítimo, tanto en los cuidados como en el afecto, y a quien sin embargo, no puede otorgarse sino la calidad de hijo adoptivo.

"La cuestión asume caracteres dramáticos cuando el menor cree ser hijo del matrimonio que lo ha formado y a quien se produciría duro quebranto, con repercusiones psíquicas y morales irre-

parables en muchos casos, particularmente en las niñas, si se le descubriera su verdadera situación. Los educadores y los psiquiatras saben bien la significación de estos traumatismos en el porvenir psicológico de los menores”.

Más adelante plantea la situación tan bien conocida, de aquellas personas que llevadas de su amor al niño, a ese que han recogido, dándole el amor y el cuidado que sus padres se lo negaron, no temen afrontar las disposiciones penales, incurriendo en el delito de suposición de estado.

El doctor Roberto Berro, a quien tocó la iniciativa de difundir la ley francesa de donde se originó esta uruguaya, nos habla “del temor que tienen los padres de que el niño algún día sepa al inscribirse en la Escuela, en la Universidad, para el Servicio Militar o aún al contraer matrimonio, que no es hijo de quienes cree sus padres... .. el temor tiene fundamentos en la realidad. Verdaderas tragedias íntimas de dolor, de fracaso, para todos los protagonistas y alguna vez tentativas de suicidio, y aun suicidios reales, nos ha tocado presenciar sin poder hacer nada eficaz para evitarlas o atenuar las tristes consecuencias”.

La ley uruguaya de legitimación adoptiva crearía así un nuevo tipo de hijos, los nacidos de una paternidad afectiva y voluntaria, que estarían con iguales derechos y obligaciones que los nacidos dentro de un matrimonio, en base al noble sentimiento que tienen estos seres para los que han recogido y dado el lugar de hijos, con todos sus afectos, sacrificios y esperanzas, como no lo tienen en muchos casos aquellos que biológicamente debieran sentirlo.

Pasemos al estudio de la ley.

Como antecedente debemos citar el decreto ley de 19 de julio de 1939 (Código de Familia) que dice en su art. 370: “El niño que ha sido objeto de una legitimación adoptiva tiene los mismos derechos que si hubiera nacido del matrimonio”. Y esta misma idea se consagra en la ley uruguaya pero con efectos más amplios como veremos a continuación:

Por el art. 1º se determina que queda permitida la legitimación adoptiva en favor de menores abandonados o huérfanos de padre y madre, o hijos de padres desconocidos. En el inciso 2º permite la legitimación de los pupilos del Estado abandonados por sus padres por tres años.

Respecto a la categoría de niños abandonados, aunque la ley no precisa su concepto se entiende que se refiere al abandono culpable, que acarrea pérdida de patria potestad. El punto fué aclarado además por el doctor Etchegoyen en la discusión parlamentaria. Y además lo refuerza el art. 2º inc. 4º: “La condición de menor abandonado se acreditará por sentencia ejecutoria que declare la pérdida de la patria potestad”.

Respecto a los hijos de padres desconocidos, incluye a aquellos que inscriptos no han sido reconocidos. Esto suscita problemas en la práctica, pues muchas veces el reconocimiento, en caso de un hijo natural, no lo hace la madre por ignorancia. Casas ilustra un caso dentro de esta suposición en que la madre no pudo evitar que sus ex-patronos, que tenían desde hacia años su niña bajo su protección, la legitimaran adoptivamente. En los casos que la ley impide el reconocimiento (casada o menor de edad), ¿no se caería en una injusticia?

En la práctica, la situación de hecho deberá ser examinada en cada caso. Existe además la garantía del triple filtro: Fiscalía, Consejo del Niño y Juzgado Letrado. El juez puede tomar todas las medidas para informarse de si concurren o no las circunstancias que corroboran el abandono.

La edad máxima que fija la ley para el menor que se desea legitimar adoptivamente es de 18 años, pues se consideró que más allá de esa edad no se podría llegar a la asimilación del niño al hogar que es el fin de la ley. Para los casos de menores que en el momento de la publicación de esta ley reúnan las demás condiciones requeridas para que proceda la legitimación adoptiva, no regirá la exigencia de la edad, por el plazo de 2 años (art. 89). La ley francesa admite como edad máxima 5 años.

Pueden solicitarla dos cónyuges con cinco años de matrimonio, mayores de 30 años y que hubieran tenido bajo su guarda al menor por 3 años.

En uno de los proyectos anteriores decía: "dos cónyuges ... sin descendencia", lo cual fué suprimido en una de las discusiones parlamentarias, fundamentando que no hay que sacrificar la familia afectiva en aras de la biológica.

En el inc. 4º del mismo art. 1º se otorga la misma facultad al viudo o viuda sin ninguna condición; sin embargo en el caso de los esposos divorciados en que se exige que la tenencia del menor hubiera comenzado durante el matrimonio, y siempre que mediara la conformidad de ambos. Lo cual es fácilmente explicable por los efectos que la legitimación adoptiva acarrea —dar un hijo legítimo con todos los derechos de tal— y para lo cual es indispensable la voluntad de ambos cónyuges aunque estén divorciados. Pero con respecto a la viuda, en cambio existe el peligro de que se cree la situación de que por sola voluntad de una persona, la viuda, por ejemplo, y sin mediar conocimiento ni voluntad de su cónyuge los padres de éste, es decir los abuelos paternos se vean con un nieto con todos los derechos de uno legítimo. Es decir en el ejemplo citado que por la sola voluntad de la viuda los abuelos se encuentren con un heredero que entra forzosamente en su herencia por derecho de representación. La ley francesa en cambio requiere para que la legitimación sea oponible

a los ascendientes de su padre y madre, a sus hermanos y hermanas y a los descendientes de estos últimos, que aquéllos estén en conocimiento de la legitimación o cuando hayan tratado al niño como hijo legítimo (art. 370).

En cuanto a los efectos el art. 49 los determina expresamente: La legitimación adoptiva tendrá efectos constitutivos sobre el estado civil del menor, objeto de la misma, quien se reputará en adelante, con los mismos derechos y deberes que si hubiera nacido del matrimonio. Con esto tenemos determinada cuando comienzan y hasta donde van los efectos de la ley. En primer lugar desde el momento de cumplirse la legitimación adoptiva, el legitimado pierde toda relación de parentesco con su familia natural y por ende todo derecho hereditario, la única excepción es la del impedimento matrimonial que veremos más adelante. En cuanto a su familia legal queda en la misma situación que un hijo legítimo de modo que entra a ser heredero forzoso y alimentario de los ascendientes legales en los casos que le da el Código Civil, y además hereda ab intestado a los parientes en el mismo grado que el legítimo.

Como el vínculo no tiene efectos retroactivos sino constitutivos no puede reclamar, derechos hereditarios como un descendiente legítimo que apareciera tardíamente; sus derechos se fijan en la fecha de la legitimación adoptiva. En cuanto a su filiación e identidad se retrotraen a la fecha de su nacimiento.

Como vimos anteriormente uno de los efectos de la legitimación adoptiva es la de hacer cesar todo vínculo con la familia natural (art. 39) pero la ley se ha visto obligada a sancionar una excepción: la de los impedimentos matrimoniales previstos en el artículo 91 del Código Civil (art 39). El parentesco a que se refiere la ley es el de línea recta por consanguinidad o afinidad sea legítima o ilegítima, en línea transversal, el parentesco entre hermanos legítimos o naturales.

La excepción que hace el inciso es necesaria ante el peligro de un matrimonio celebrado entre hermanos, o ascendiente y descendientes legítimos. Pero la ley sin embargo por el total y absoluto silencio que le imprime a los trámites, hace menos que imposible el conocimiento del impedimento.

Por otra parte se plantea el problema de las relaciones entre hermanos legales o sea legitimados adoptivamente o uno legitimado adoptivamente y otro legítimo del mismo padre.

El punto interesó al parlamento durante el estudio de la ley y el señor diputado Pintos argumentaba frente a la posibilidad de un caso semejante que era necesaria la remoción del estado civil, a fin de solucionar la situación porque, esta ley que tiende a proteger a los hijos, podría en alguna situación llegar a transformarse justamente en la causa de su infelicidad, ya que muy

bien podría ocurrir que la solución de esta situación que yo imagino, fuera la celebración de un matrimonio que esta ley hace imposible.

¿Dentro de la misma situación puede reprimirse como incesto y caer dentro de la esfera del Código Penal?

La respuesta correspondió al diputado informante Hernández, comenzaba con la distinción de dos problemas uno penal y otro civil. Respecto al primero decía que sería sumamente fácil la prueba para que desapareciera todo delito y con respecto al 2º, dejaba confiado a la Jurisprudencia, al buen juicio de los magistrados, la solución, pues la ley no puede ser casuística y legislar en detalle y para casos de excepción con éste. Pero nos preguntamos ante la categórica afirmación de la ley sobre la no revocabilidad (art. 3º) podría llegarse a la revocabilidad necesaria para la autorización del matrimonio en el caso planteado.

En cuanto a la tramitación de la ley, el art. 2º declara que será dispuesta por el Juzgado de Menores de Montevideo o por los demás juzgados que tengan sus funciones en los demás departamentos.

El Juez puede decretar las pruebas que crea necesario.

El Ministerio Público es parte. Se le da traslado por 10 días perentorios, quien podrá para mejor proveer pedir las ampliaciones que creyere oportunas.

La sentencia es apelable para ante el tribunal de Apelaciones y en esta instancia podrán oponerse las mismas medidas preindicadas.

Con el solo testimonio de la sentencia ejecutoriada que autorice la legitimación, la parte solicitante procederá a la inscripción del menor en el Registro del Estado Civil, como hijo inscripto fuera de término.

En esta partida no deberá hacerse mención alguna del juicio (art. 3º). El testimonio de la sentencia deberá archiversse, dejándose constancia de haberse efectuado la inscripción mencionada (art. 3º).

La tramitación será reservada en absoluto. (art. 6º).

La violación del deber consiguiente, por cualquier funcionario obligado, será castigada en la forma prevista por el artículo 163 del C. Penal sin perjuicio de responsabilidad civil. Se refiere a la violación de secreto penada con suspensión de 6 meses a dos años.

«Cuando el menor fuese pupilo del Consejo del Niño su ficha individual se destruirá conjuntamente con el expediente. El proyecto aprobado por el Senado decía "se archivará" pero posteriormente fué modificado.

Esta condición de la ley, la del secreto, es justamente uno

de los puntos más discutidos. Aun los partidarios de la ley están en contra de él.

Citaremos a continuación opiniones autorizadas.

El doctor Escardó y Anaya, cuya opinión merece todo el respeto de un hombre que ha consagrado toda su vida a los problemas de la infancia, dice: Mi posición personal, frente a este asunto, es categórica. La ficha individual de cada niño, tal como yo la organicé en la División Segunda Infancia y como creo deben llevarse de todos los menores, es un documento de un valor para el menor, que en ningún caso debe destruirse, buscando naturalmente su bien.

Y el doctor Achard afirma: En lugar del silencio exigido por la ley, sería mucho más conveniente asegurar la publicidad de la legitimación adoptiva.

Es imposible lograr el misterio alrededor de aquélla, ya que el ambiente social se halla enterado siempre de su realización. De esto derivan ulteriormente inconvenientes y verdaderos traumas psicológicos. Con la publicidad sobrevendría el acostumbramiento social y por ende, la aceptación de tales menores en igual forma que los legítimos.

El secreto puede aparejar riesgos que teóricamente se quieren impedir, como sucede con los impedimentos para el matrimonio. Nunca podrá obtenerse la más absoluta reserva de la realización de la legitimación, ya que quedarán rastros en las actas de estado civil y en la anotación de los títulos de propiedad. Estamos de acuerdo con la opinión del eminente jurista y magistrado que se ha visto abocado en su función a serios problemas que esta disposición acarrea.

Creemos que la ley francesa sigue la corriente justa, y que el problema del "choque psíquico" que desea evitar la ley al legitimado no se consigue en práctica. Que la publicación iniciaría un proceso educativo tendiente a nivelar el concepto de hijo adoptado con el legítimo, lo cual haría que la asimilación entre ambas categorías no fuera sólo una ficción jurídica, sino una asimilación en el sentir universal.

Creemos además que el trauma psíquico que se desea evitar, sólo es postpuesto, y esta postergación acarrea mayores peligros. Existe un plazo para la verdad pero cuando ella llega tardíamente, pierde su efecto saludable.

Las experiencias indican la necesidad de hacer conocer al niño la verdad, tan pronto como él comience a hacer las primeras preguntas y en lo posible antes que vaya a la escuela.

Y debe hacérsele conocer naturalmente, mencionando el hecho de su situación, naturalmente, sin ansiedad, sin énfasis, y en forma tal que acepte la palabra nueva: adopción, asociándola con ideas o momentos felices.

Queremos recordar aquí las sabias palabras de M. E. Edwards, dice: "The best thing is for the child to be told at such an early age that he feels he has always known it".

"En todos los casos, él deberá saber que ha sido escogido especialmente por sus padres, y que tuvo otra madre cuando vino al mundo, tan pronto como penetre en el misterio de "de donde vienen los niños"". Lo cual fué dicho en una conferencia para madres adoptivas.

Margaret Kornitzer aconseja en este sentido: "El camino más fácil para los padres es contar al niño adoptivo cuentos de padres y madres que deseaban un hijo, recalcando especialmente la soledad en que se encontraban, y como al final, habiendo oído hablar de niños que no tenían padres, eligieron entre muchos niños uno para traerlo a la casa y serlo para siempre y por siempre. Cuando el tipo de cuento fué repetido varias veces se puede decir al niño: "Así fué como te conseguimos. No te parece, hermoso?"

Insiste además en revelar la verdad bien temprano, pues si a las primeras preguntas al respecto la madre elude el tema o da una respuesta nerviosa, que no responde a la verdad, el niño adquirirá la sensación de que es tema prohibido, y que encierra algo o mucho de malo y cuando llegue a descubrir la verdadera situación será víctima de un "trauma psíquico" que lo marcará para toda la vida.

Finalmente el art. 11 declara generosamente que no se procesará a nadie que haya incurrido hasta la sanción de la ley en el delito de inscribir como propio a un hijo ajeno, siempre que lo haya hecho, por el impulso del afecto, con una finalidad social y humana.

La ley estudiada ha tenido y sigue teniendo gran número de impugnadores. Su fundamento es de que "la verdad es la verdad y la ley no debe autorizar el engaño".

El Dr. Eustaquio Tomé dice: "No estamos de acuerdo con esta ley que podrá dar óptimos frutos en medios como Francia, pero que en nuestro país puede resultar perjudicial. Ella legaliza la ocultación de la verdad y crea un régimen de privilegio para determinados menores, lo cual es notoriamente antidemocrático".

Además la voz popular, sin desconocer los fundamentos jurídicos que ilustraron el primitivo proyecto de ley, ni las razones que tuvieron los legisladores para votarlo, ha pretendido señalar casos particulares para los cuales la legitimación adoptiva pareciera hecha ad hoc. El simple rumor de una irregularidad de esa índole quita a la norma legal el prestigio que debe tener en una República.

Por otra parte con la legitimación adoptiva, pueden violarse

de una manera indirecta, pero eficaz las disposiciones del Código Civil sobre legítimas, las leyes de impuesto de herencia ,etc..

En la práctica la ley de legitimación adoptiva ha dado resultados muy buenos. Hemos tenido ocasión de interrogar sobre el punto a magistrados, abogados, y demás personas que por el ejercicio de su profesión han estado en contacto directo con ella y todos han reconocido que a pesar de sus imperfecciones técnicas, su aplicación ha tenido efecto en el sentido de aumentar notablemente el número de menores adoptados. Casas en su estudio sobre la mencionada disposición legal nos habla de que a corto tiempo de su sanción sólo en Montevideo, se habían registrado más de 600 gestiones en este sentido, número que ha ido creciendo en los años siguientes.

Y para terminar citaremos una frase del Dr. Achard con que termina una crítica sobre la ley: "Sin perjuicio de lo indicado en un propósito de superación, es indudable que la legitimación adoptiva aunque imperfecta ha traído beneficios para los niños de nuestro país".

BIBLIOGRAFIA

- Roberto Berro.** Problema de la Infancia Abandonada y la Organización de su asistencia. Bol. del I.I.A.P.I. Tomo XXI Nº 4 1947. Montevideo.
- Roberto Berro.** Necesidad de un hogar para el niño abandonado: custodia adopción, legitimación adoptiva. Bol. del I.I.A.P.I. Tomo XIX, Nº 1. Mont. 1945.
- Víctor Escardó y Anaya.** La legitimación adoptiva en el Uruguay. Bol. de I.I.A.P.I. Tomo XX Nº 3. Setiembre de 1946. Montevideo.
- J. B. Carballa.** Aspecto jurídico de los problemas de la familia y posibles soluciones. Bol. del I.I.A.P.I. Tomo XXIII Nº 3. 1949. Montevideo.
- Fernando José Sanjurjo.** La adopción. 1947. Buenos Aires.
- Julio A. Oddo.** La adopción. Montevideo.
- Roberto Berro.** El niño abandonado. Su recuperación social mediante la adopción y la legitimación adoptiva. Bol. del I.I.A.P.I. Tomo XXIII Nº 1. 1949. Montevideo.
- Margaret Kornitzer.** Child Adoption in the Modern World. 1952. Londres.
- Información jurídica Nº 66.** Ley de adopción argentina. 1948. Madrid.
- María C. Castellanos.** Selección de Hogares Substitutos. 1947. México.
- Roberto Berro.** El Código de la familia. 1940. Montevideo.
- Eustaquio Tomé.** El Código del Niño. 1948. Bs. As.
- Asdrúbal Casas.** Legitimación adoptiva. 1949. Montevideo.
- Children's Bureau Publication Nº 335.** Adoption laws in Latin América. 1950.
- Martín R. Echegoyen.** La legitimación adoptiva en el Uruguay. Proy. discus. parlamentaria, sanción y promulgación de la ley. 1946. Montevideo.
- Código de menores y su jurisprudencia.** Ecuador. Ministerio de Prev. Social y Trabajo.
- Código Civil de Costa Rica.** 2ª edición.

LA ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA

30 AÑOS DE AUTENTICA OBRA SOCIAL

Por la señorita Leyla V. Otero
(Uruguay)

Tomando como norma la declaración denominada de Ginebra, del 17 de Marzo de 1923, la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, fué fundada un año después, el 20 de Marzo de 1924, siendo sus primeros propulsores la Sra. Pilar de Herrera de Arteaga y los doctores Víctor Zerbino y Julio A. Bauzá.

Influyó decididamente para el establecimiento de este valioso servicio social en el Uruguay, la visita que en enero de 1924 realizara a Montevideo la Srta. Susana Ferriere, delegada del Comité Internacional de la Cruz Roja a la Conferencia de Buenos Aires; y, simultáneamente secretaria general y delegada de la "Unión Internationale de Secours Aux Enfants". Esta última institución nació a raíz de la guerra de 1914-1918 para socorrer a los niños de los países más castigados por la miseria y por las pestes.

La Srta. de Ferriere debía estimular en los países sudamericanos la organización de Instituciones de protección al niño que se federaran a la Unión Internacional.

Entre nosotros, la Srta. de Ferriere comenzó su gestión presentándose y exponiendo su misión al Prof. Morquio. Este le puso en contacto con el Dr. Víctor Zerbino y en las conversaciones sostenidas, se trató de la conveniencia de iniciar una obra privada de protección a la infancia. El momento era oportuno, porque los sentimientos torturados por la guerra se volcaban en la esperanza del niño, portador del porvenir, y las dificultades de iniciativas y de constitución que simplificaban bajo el prestigio de la U.I.S.E. y por el estímulo de las obras similares que se impulsaban en Río de Janeiro, en Buenos Aires y en Santiago.

El apoyo que la Srta. de Ferriere encontró en distinguidas personalidades de nuestro medio, permitió que cristalizara el noble propósito de crear una institución de tan vasta y loable finalidad. La propia Srta. de Ferriere destacó la colaboración indeclinable, y la ayuda en figuras como el Prof. Luis Morquio, Prof. Enrique Pouey, Dres. Claudio Williman, Víctor Zerbino, Julio Bauzá, Elías Regules (Secretario de la Sociedad Filantrópica Cristóbal Colón), Eduardo Blanco Acevedo, Luis Piera (Liga Uruguaya Contra la Tuberculosis), Carlos Neri, Juan José Amézaga, Sras. Bernardina Muñoz De de María, Lola Estrázulas de Piñeyrúa, Sofía Blixen de Suárez, M. Fabregat de Gaetano (Liga Antialcohólica), Dra. Isabel

Pintos de Vidal (Comisión Nacional de Mujeres), Aurelia R. de Sagarra (Cruz Roja Uruguaya), L. Brun de Delgado, Elisa B. de Villemur, Clara Pons de Escalada, Fanny Carrió de Polleri, Margarita Sierra de Sánchez (Bonne Garde), etc.

La Asociación Cristiana Femenina, se constituyó en otro puntal valioso para la obra a emprender, debiendo citarse a la Dra. Armand Ugón, quien fué una activa colaboradora y autorizada consejera de la Srta. de Ferriere, interviniendo en todas las gestiones que llevaron a la organización de la A.U.P.I., y a las Sras. de Villegas de Suárez, Elisa B. de Villemur, L. R. de Richar, Lucy A. Crocker, C. C. de Van Donselar y Srtas. Clara de Salterain, Mary Morse, Plácida Villegas Suárez y Francis Drake.

El entonces director de la Asistencia Pública Nacional, Dr. José Martirén hizo eco altruista al movimiento y éste fué pronto realidad.

Los trabajos de iniciación quedaron confiados al Dr. Bauzá y al Dr. Zerbino. El Dr. Bauzá estuvo empeñado en interesar a un grupo de damas de nuestra sociedad, a fin de decidirlas a apoyar la nueva empresa. Obtuvo la promesa de colaboración de varias personas, así como de algunas figuras políticas. El Dr. Zerbino había conseguido la adhesión entusiasta de un buen número de médicos especializados, de varios pedagogos y preparaba el ambiente con artículos y notas en la prensa.

El movimiento estaba en marcha y al impulso generoso de sus propulsores, nadie podría detenerlo ya. Se sumaban las adhesiones y así se agregaron a las ya reseñadas, Matilde Regalía de Rossen, Lola E. de Piñeyría, Mercedes F. de Arocena, Teresa R. de Manini Ríos, Josefa Salvañach de Braga, Ema Piera de Carvalho Alvarez, Celia A. M. de Amézaga, María Bernadá de Sanguinetti, Rosa Williams de Giannetto, Lavinia del Guercio de Sosa, H. I. de Lerena, María Platero de Wilson, Isabel B. G. de Irureta Goyena, Valentina Castellanos de Winterhalter, Leonor Hourticou, Enriqueta Comp-te y Riqué, Margarita Munar de Sanguinetti, Isabel A. de Bauzá, Sara Fuentes de Sarda, Dres. Augusto Turenne, Alejandro Gallinal, Roberto Berro, Prudencio De Pena, Juan J. Amézaga, Dardo Regules, J. Secco Illa, José Bonaba, R. Baetghen y los Sres. Eduardo Monteverde, Agustín C. Scarone y O. Griot.

Al amparo, entonces, de la declaración de los derechos del Niño a través de la carta de la Union Internationale de Secours Aux Enfants, promulgada en 1923 y que fuera revisada 25 años más tarde, en 1948, nació la A.U.P.I. Se rigió así a impulso de aquella benemérita declaración:

Por la presente Declaración de los Derechos del Niño, llamada "Declaración de Ginebra", los hombres y mujeres de todas las naciones reconocen que la humanidad debe dar al niño lo mejor de si misma y proclama como un deber:

- I. — EL NIÑO debe ser protegido excluyendo toda consideración de raza, nacionalidad o creencia.
 - II. — EL NIÑO debe ser ayudado, respetando la integridad de la familia.
 - III. — EL NIÑO debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material, moral y espiritual.
 - IV. — EL NIÑO hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser asistido; el niño deficiente debe ser ayudado; el niño desadaptado debe ser reeducado; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos.
 - V. — EL NIÑO debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.
 - VI. — EL NIÑO debe disfrutar completamente de las medidas de previsión y seguridad sociales; el niño debe cuando llegue el momento ser puesto en condiciones de ganarse la vida, protegiéndole de cualquier explotación.
 - VII. — EL NIÑO debe ser educado inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo.
-

Realizada la primera Asamblea de Constitución de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, se concretarían dos bases fundamentales:

19) Declarar fundada la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, con sede en Montevideo, institución que se dedicará a velar por la salud y las necesidades físicas, higiénicas, económicas, culturales y morales de la Infancia.

29) Esta Institución se organizará libre de toda influencia política y religiosa, debiendo llenar su cometido por medio de recursos sociales, cotizaciones, colectas, donaciones, legados, etc. Podrá también aceptar subvenciones del Gobierno de la República pero sin obligaciones oficiales.

La Asamblea constituyó un comité provisional integrándole con todos los asistentes a esa reunión, designando Presidente provisional a Doña Pilar de Herrera de Arteaga, y Secretarios a los Dres. Alicia Armand Ugón, Víctor Zerbino, y Srtas. Hortensia de Salterain y Clara Elisa de Salterain.

A raíz de esta Asamblea fueron encargados el Dr. Bauzá y el Dr. Zerbino de redactar los Estatutos. Estos fueron establecidos sobre la base de las proposiciones aprobadas en la Asamblea de fundación, inspirándose en los que regían a la U.I.S.E. DE GINEBRA, aunque adaptándolos a nuestros propósitos y necesidades. Estos Estatutos fueron estudiados en varias reuniones y aprobados

en la Asamblea efectuada el 24 de Mayo de 1924 también en el Ateneo, iniciándose la constitución definitiva de la Asociación que tuvo, desde ese momento estructuración social y primeras autoridades regulares. Desde esa sesión la Sociedad toma la designación de: "ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA" por entender que así se caracterizaba mejor entre sus congéneres.

En esa Asamblea se designó también el Primer Consejo Directivo, confirmandose en la presidencia a doña Pilar de Herrera de Arteaga.

El histórico día del 20 de Marzo de 1924, quedará indeleble entre los acontecimientos más señalados de la más auténtica obra social. Aquel día el maestro inolvidable que fué el Prof. Morquio, presidía en los salones del Ateneo de Montevideo, en Asamblea memorable.

En ella el Dr. Bauzá expuso los problemas que presentaba la situación de la infancia en nuestro país; la Srta. de Ferriere explicó como la Union Internationale de Secours Aux Enfants, había encarado esos problemas en Europa, elogiando el gran papel de la obra privada bien orientada y augurando para nuestra Institución una acción fecunda; exaltó el deber de solidaridad y de humanidad que nos obliga a ocuparnos de asuntos que no son médicos, ni económicos, ni pedagógicos, ni políticos, sola y aisladamente, sino fundamentalmente sociales y por excelencia humanos. Cerrando el acto, la Sra. de Arteaga expuso sus preocupaciones por ciertos aspectos sociales de la niñez, y consideró que era nuestro deber ir en auxilio de aquellos que, por miseria, por ignorancia, por incapacidad, estaban en situación de peligro.

El Dr. Zerbino propuso en esa reunión, las bases fundamentales para la constitución de la sociedad que se auspiciaba, bases que fueron aceptadas por la Asamblea.

Y la A.U.P.I. quedó formada, teniendo como motivos esenciales: velar por la salud y las necesidades higiénicas, económicas, culturales y morales de la infancia, excluida toda consideración de raza, nacionalidad, creencia religiosa o condición social y además, libre de toda influencia política y religiosa.

La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, se ha preocupado desde su fundación, que la obra a realizarse fuera en todo momento basada en principios científicos y tuviera el carácter de una protección integral.

Esta característica queda evidenciada por la obra que viene sosteniendo y que a continuación detallamos.

Asistencia prenatal.

De acuerdo con su cometido, esta Comisión se preocupa fundamentalmente de atender a las futuras madres, haciendo que ellas ingresen a las maternidades. A su egreso, se les ayuda con ropas

para el bebé y alimentos. La Comisión trata de ayudarlas en todas formas, buscándoles trabajos diversos. También dedica especial atención a la ropería, siendo las mismas señoras de la Comisión, quienes confeccionan tejidos y costuras que serán entregadas a las madres, lo cual hace que puedan repartir gran cantidad de ajuares completos semanalmente.

Asistencia de primera infancia.

Como su nombre lo indica, la Comisión que tiene a su cargo esta sección, se ocupa especialmente de proporcionar a las madres, cunas equipadas, para sus hijos recién nacidos.

Mensualmente se reparten las cunas de acuerdo con las madres inscriptas y previa investigación hecha por las inspectoras. Con los informes que se obtienen, se hace una ficha especial en la que figuran los datos sociales y económicos de la familia que desea ser ayudada.

La cuna equipada, consta de colchón, pañales, frazada, hule, y tul.

Centro de lactancia.

Anexa a la Casa Maternal Nº 3, funciona una Creche para bebés de 1 a 2 años en la cual se atiende también a sus respectivas madres.

Asistencia preescolar.

Como consecuencia de informaciones y estudios realizados, se le está dando día a día, mayor importancia a la atención del niño preescolar, creando con ese fin, las Casas Maternales, por medio de las cuales se toma al niño a los tres años de edad, preparándolo orgánica, moral e intelectualmente para su posterior actuación en la escuela.

Tiene esta acción una fundamental base de orden social; el permitir que las madres puedan dedicarse a tareas fuera del hogar.

En las Casas Maternales, se vigila la alimentación del niño y sus cuidados médicos.

En el correr del año pasado, A.U.P.I., hizo funcionar seis Casas Maternales, que en su conjunto atendieron a 2.248 niños de 3 a 6 años de edad, las que se encuentran ubicadas como sigue:

La Nº 1 en la calle Cerro Largo 1726; la Nº 2 en la calle Cuareim 1123; la Nº 3 en Molinos de Raffo 347; la Nº 4 en Gaboto 1129; la Nº 5 en Francisco Muñoz 3376; y la Nº 6 en 8 de Octubre 3462.

Asistencia del niño escolar

En sus 10 Refectorios Escolares, que funcionan en los distintos

barrios de la ciudad, a los que diariamente concurren los niños inscriptos, que fueron seleccionados de las escuelas entre los más débiles y necesitados.

Los concurrentes reciben diariamente abundantes y nutritivos almuerzos, con un menú científicamente estudiado. El niño que entra en los Refectorios en condiciones de inferioridad física, rehace rápidamente, a tal punto que la balanza constata un aumento halagador. Señoras y señoritas, integrantes de las Comisiones concurren a la hora del almuerzo diariamente, a fin de atender personalmente a los niños y vigilar la alimentación que se les proporciona, en cuya tarea ponen una dedicación especial. Se realiza el examen médico y antropométrico de cada niño, cuyos datos generales, como también deficiencias orgánicas, se hacen constar en la ficha médica de cada uno, como asimismo los datos que se observan en las revisiones. Los médicos honorarios realizan una árdua e intensa labor al efectuar periódicamente el examen.

Siendo el objeto primordial de los Refectorios proporcionar a los niños más débiles, alimentos sanos y abundantes, las distintas comisiones proceden además y en forma especial a suministrarles ropa y calzado.

Los locales donde funcionan los Refectorios a que hicimos referencia precedentemente, están ubicados;

El N 1º en Cuareim 1123; el N 2 en Maciel 1384; el No. 3 en 8 de Octubre 3462; el N 4 en Francisco Muñoz 3376; el N 5 en Félix Olmedo esq. Lozano; el N 6 en Constitución 2381; el N 8 en Cerro Largo 1726; el N 10 en León Pérez 3633; el N 11 en Antillas s/n.; el N 12 en Molinos de Raffo 347.

El Prof. Javier Gomensoro decía en un boletín publicado en Setiembre de 1938: "La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia ha cumplido cual ninguna otra en nuestro país (y en esta afirmación no hay desmedro para nadie), con las ideas y directrices modernas del Servicio Social, de que nos han hablado aquí y con alta autoridad, entre otros, Morquio, Turenne, Burghi, Fournié, Bonaba, Bauzá.

"La Protección Jurídica del Niño para que los padres cuiden de sus deberes morales y sociales para con sus hijos, que la Ley consagra; la regularización de los matrimonios; la inscripción de los nacimientos; la situación de los niños en divorcios y separaciones; la prevención de la vagancia y de la delincuencia; la investigación de la paternidad, etc., se alcanzan por medio de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, gracias a la colaboración sapiente y desinteresada del Sr. Juez Letrado de Menores Dr. Ricardo Jalabert; de varios magistrados y funcionarios del Registro Civil y de los integrantes de la Comisión de Legalización, en forma cada vez más eficaz. La protección médico-social del niño prenatal, en su primera y segunda infancia y en la edad escolar,

se realiza con éxito merced a la colaboración de nuestro Organismo privado con el Ministerio de Salud Pública y con el Consejo del Niño, para culminar en sus esfuerzos en los Hogares Infantiles y en los Comedores Escolares, verdaderos centros de protección, donde se llevan fichas muy completas, que muestran no sólo la magnitud del esfuerzo cumplido, sino que permiten valorar la realidad de nuestros problemas médico-sociales y ofrecer los remedios que es necesario prescribir para alcanzar el éxito buscado.

"Y la Protección Educativa del Niño, destinada a elevar el nivel moral y exaltar el sentimiento de la Patria, forman en su conjunto, los pilares básicos de la acción desarrollada.

"Los Comedores y las Colonias Marítimas y los Campamentos del Interior, son otros tantos focos de cultura, desde donde se lucha contra la ignorancia, causa de la pobreza y de ilegitimidad. Tenemos, por último, la Protección del Adolescente Desamparado, realizada a través de nuestra Escuela Taller, Casa en la cual los alumnos hacen vida de familia, mientras reciben educación y enseñanzas apropiadas, especialmente de carácter industrial y en relación con nuestras necesidades más perentorias.

"A tratar de que todo niño tenga un hogar, donde encuentre amor y seguridad, la ignorancia, y a veces la incuria de los padres no aniquilen ese precioso patrimonio que se encierra en la frágil estampa de un niño, es a lo que tiende todo este movimiento. A que la familia —célula social por excelencia— se consolide cada vez más. A que dentro del espíritu de familia y del concepto del Servicio Social que hemos glosado, se alcance, con la cooperación de los diversos esfuerzos mancomunados, un bienestar general, de armónica concordancia entre lo material y lo moral, en el camino perseguido, aunque rara vez logrado, de la perfectibilidad".

La razón amplia que asistía al Prof. Gomensoro se ve corroborada por este cuadro de las actividades desarrolladas por la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia: ASISTENCIA PRE NATAL: Estudio de los problemas que se originan desde antes de la concepción. Ingresos de las futuras madres a las Maternidades. Entrega de ajuares para bebés, entrega de alimentos a las madres en estado de gravidez. Consejos a las futuras madres sobre higiene. ASISTENCIA SOCIAL DE PRIMERA INFANCIA: Con el estudio de los problemas sociales que se originan después del nacimiento. Entrega de cunas equipadas para el recién nacido, entrega de equipos para bebés. Consejos sobre alimentación e higiene. Cooperación con los consultorios "Gotas de leche" del Consejo del Niño. ASISTENCIA SOCIAL DE LEGALIZACIONES DE ESTADO CIVIL. En este orden la obra que se realiza es la siguiente: Legalización de matrimonios; legitimación de hijos; inscripciones en el Registro Civil; matrimonios in extremis en los hospitales, tutelas y curatelas; tramitación de pensiones y jubilaciones. ASISTENCIA SOCIAL

DEL NIÑO PREESCOLAR: Funcionan 6 Casas Maternales para niños de 3 a 6 años, con alimentación adecuada en el desayuno, el almuerzo y la merienda, así como fichaje social médico, inculcación de la disciplina, enseñanza de modales, etc. **ASISTENCIA SOCIAL DEL NIÑO ESCOLAR:** Se atiende por medio de 10 refectorios para niños débiles, con la alimentación correcta, como también el fichaje social y médico, la profilaxis de enfermedades, bibliotecas infantiles y trabajos manuales. **COLONIA MARITIMA:** Es un internado que desarrolla sus actividades frente al mar, con una alimentación especial contraloreada, vida de playa y educación física apropiada. **COLONIA DE VACACIONES EN NUEVA PALMIRA:** Aquí se cumplen vacaciones vigiladas con alimentación especial, y la enseñanza de quehaceres domésticos, recreos con baños en el río y paseos campestres, con preferencia a los lugares históricos, que les son reseñados. **ASISTENCIA SOCIAL GENERAL:** Funcionan cuerpos de auxiliares de Servicio Social, que actúan en todas las dependencias de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, realizando visitas domiciliarias de inspección, enseñanzas a las madres, así como búsqueda y orientación sobre el trabajo de menores y estrechamiento entre el médico-maestro, la madre y el niño. **PROPAGANDA DE LA OBRA DE LA A.U.P.I.** Se cumple por medio del generoso apoyo que invalorablemente se ha encontrado en la prensa, editándose también, en forma periódica, boletines y folletos especiales en los cuales son divulgados los aspectos esenciales de la obra que en todos los órdenes de la protección a la niñez, realiza la Institución.

Entre su obra de futuro, A.U.P.I. encara el estudio de problemas relacionados con enseñanza primaria, nociones de conocimientos industriales, educación moral, social y física, y formación del carácter y la disciplina.

Como lo indican los Estatutos de AUPI, ésta se maneja y se desenvuelve completamente independiente de la intervención del Estado o de los Institutos Oficiales dependientes de aquél.

La vinculación hacia el Estado es por las Subvenciones que recibe del mismo siendo éstas sin obligaciones; el aprovechamiento de dispensarios, hospitales, gotas de leche, etc. guardando siempre una estrecha y mutua cooperación, vinculándose de esta manera a todas las esferas oficiales.

El presupuesto de la AUPI, se cubre mediante: subvenciones del Estado; contribuciones de Socios; sostenimiento de Obras enteras o parciales por personas interesadas. Donaciones especiales. Colectas públicas.

La AUPI considera de gran éxito, para la acción que desarrolla el sistema que ha implantado y que da cabida a centenares de personas interesadas en la obra del niño y a cantidad de

profesionales, todo de acuerdo con sus sentimientos, preparación o entusiasmo por una parte de la obra.

Dicho sistema es como sigue:

- A) Asamblea de socios que designa la Presidenta, Consejo Directivo y la Comisión Fiscal. Esta Asamblea se reúne una vez al año para considerar la labor realizada, aprobarla y aprobar los balances previamente estudiados por la Comisión Fiscal.
- B) El Consejo Directivo designado por la Asamblea tiene en sus manos la totalidad de la responsabilidad de la obra, su dirección, sus finanzas y administración. (De acuerdo con el mandato de los Estatutos).
- C) Tantas Comisiones y Sub Comisiones como vaya necesitando la obra que desarrolla. Estas Comisiones se forman con un Presidente que es en todos los casos delegado y miembro del Consejo Directivo. Los presidentes de estas Comisiones proponen a los demás miembros al Consejo Directivo. De manera que se agrupan alrededor de una persona, otras que tienen vinculaciones especiales y en esa forma la armonía de las Comisiones es siempre perfecta.

Estas Comisiones tienen la responsabilidad de la marcha de la sección a que corresponde, el control general y administrativo, la vinculación con las madres y los niños y el estudio de los problemas inherentes a las secciones. Estos problemas son llevados al seno del Consejo Directivo por el presidente de la Comisión, siendo este Consejo el que produce la aprobación final.

Respecto a las proyecciones de la obra de AUPI, son significativos los conceptos emitidos por el Dr. Alfredo Rodríguez Castro, médico honorario de uno de los Refectorios de la Institución: "En el último siglo todos los países civilizados, los gobiernos, los médicos, los higienistas, y en general todas las personas de sentimientos nobles, se han preocupado seriamente del modo de proteger al niño, mejorando en lo posible sus condiciones de vida, para disminuir su morbilidad y abatir su mortalidad, que acusaban altos índices a pesar de los esfuerzos ya realizados.

"El recién nacido es un ser imperfecto y débil, incapaz de bastarse a sí mismo; el niño completa luego su organización pero nunca debe considerarse como un hombre pequeño. Hasta los 12 o 14 años presentará siempre grandes diferencias orgánicas y psíquicas con el adulto. Sus necesidades físicas tienen que corresponder a un ser que vive y crece; sus necesidades intelectuales a un psiquismo en formación. Los jalones que se vayan poniendo decidirán su porvenir, harán de él un elemento útil o lo convertirán en una carga social.

"En el Uruguay como en gran número de países, los distintos servicios oficiales: Maternidades, Cunas, Gotas de Leche, Casas y Cantinas Maternales, Hospitales y Consultorios de Lactantes, prolongados en su acción por las Visitadoras Sociales, realizan una protección amplia y eficaz del niño de la primera infancia.

"La asistencia del niño de segunda y tercera infancia cuenta con hospitales y ambulatorios dependientes del Ministerio de Salud Pública que se preocupa también por su Cuerpo Médico Escolar, de la medicina higiénica y preventiva. Pero no es sólo en las enfermedades que hay que buscar las causas de la mortalidad infantil.

"A la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo crónico de los progenitores, que engendrarán débiles congénitos, hay que agregar la miseria, la falta de cultura. Para conocerla basta entrar en una de esas pobres viviendas malsanas, donde se amontonan adultos y niños apenas vestidos y donde la comida es siempre escasa y de inferior calidad.

"Las enfermedades son, en su mayor parte, determinadas o facilitadas por las condiciones económicas y espirituales de las familias en particular y de la sociedad en general, que con el clima, la densidad de población y la herencia mórbida rigen el estado sanitario de los pueblos.

"Los factores sociales, la pobreza y la ignorancia, repercuten enormemente sobre la salud en todas las edades, pero hacen sentir mayormente su peso sobre el niño, ser delicado y en formación. El niño en edad escolar, con sus miserias y sus necesidades, tan angustiosas en los medios humildes, merece que por el bien común, se le conceda especial atención.

"El niño de 3 a 12 años necesita una ración alimenticia de mantenimiento y de crecimiento, calculando los autores modernos que deben proporcionarles unas 100 calorías por kilogramo de peso y por día, disminuyendo naturalmente estas necesidades a medida que se acerca la edad adulta. El 80% de los niños de los barrios pobres no alcanzan a tomar 50 calorías diarias por kilogramo. Por otra parte la alimentación además de insuficiente, puede ser perjudicial por inapropiada o de mala calidad.

"El escolar está sumamente expuesto y es muy vulnerable a todas las enfermedades infecciosas comunes. El ambiente obra sobre él con mucho más fuerza a esa edad que en otras épocas de la vida. Para salvar su salud física y moral, es necesario que todas las fuerzas sociales, oficiales y privadas contribuyan en la medida de sus capacidades a defenderlo, mejorando su vida.

"El Estado no puede ni debe hacerlo todo; conviene promover y estimular la fundación de obras sociales, especialmente privadas, que al poner al rico en contacto con la miseria, al hacerle tocar de cerca las llagas sociales, despierten sus sentimientos filantrópicos.

"La filantropía de las clases pudientes de la sociedad debe contribuir ampliamente a defender al niño contra la enfermedad y contra la muerte y si su acción es estimulada y científicamente organizada, dará resultados muchas veces superiores a los servicios oficiales de protección directa e individual, llenando las lagunas que los servicios médicos de la defensa de la salud pública no han podido corregir. Una vez en marcha la obra y demostrada su eficiencia y utilidad como ha sucedido en el Uruguay con la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, el Estado contribuirá a sostenerla pero dejando siempre la dirección y el principal aporte a la iniciativa privada.

"No pretende la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, proteger a todos los niños necesitados de las escuelas públicas, pues entonces la obra, al diluirse, perdería en profundidad lo que pudiera ganar en extensión, haciéndose absolutamente ineficaz. Los maestros y los médicos realizan una selección de los escolares para hacer llegar en cada barrio los beneficios de la obra al grupo más necesitado, el que es realmente atendido en sus necesidades alimenticias y sanitarias. Poco a poco se irá ampliando el número de Refectorios, aumentando así la cantidad de niños humildes beneficiados.

"En los Refectorios de la AUI, distribuidos por las barriadas pobres de la ciudad, los niños reciben todos los días hábiles, una alimentación sana y abundante; se les vigila médicamente, realizando exámenes periódicos con miras preferentemente profilácticas. La Visitadora Social adscrita al Refectorio establece la ficha social de cada niño, y de acuerdo con el médico, trata de subsanar las deficiencias del medio familiar. Las Comisiones de Damas que se ocupan del gobierno de cada Refectorio, se preocupan además de la parte administrativa del Instituto, de dar a los pequeños concurrentes nociones de sana moral, realizando lecturas y disertaciones apropiadas y conviviendo con ellos unas horas todos los días para enseñarles con el ejemplo".

De la forma como se sustenta la amplia obra de la AUI, cabe señalar que su patrimonio social es absolutamente innegociable.

Los dineros que recibe la A.U.P.I., provengan de subvenciones o contribuciones, no son invertidos de ningún modo, en la construcción o adquisición de inmuebles.

El Patrimonio Social, propiedad de la A.U.P.I. proviene exclusivamente de las donaciones recibidas con el exclusivo fin de dedicarlo a la adquisición de locales para el funcionamiento de sus diversas dependencias, y aminorar en esa forma los gastos que aquellas exigen.

El edificio en que funciona el Refectorio Nº 1 y Casa Mater-

nal Nº 2, en la calle Cuareim 1123, ha sido donado por los esposos "Rodríguez Sosa-Telechea". En el que funciona el Refectorio Nº 2, en la calle Maciel 1384, ha sido donado por los hijos de la Sra. Pilar Herrera de Arteaga. En el que funciona el Refectorio Nº 3 y Casa Maternal Nº 6, en la calle 8 de Octubre 3462, ha sido adquirido con el legado de la Sucesión Mayada y Vega. El edificio en que funciona el Refectorio Nº 4 y Casa Maternal Nº 5 en la calle Fco. Muñoz 3376, ha sido donado por el Dr. Francisco Rodríguez Gómez en memoria de su señora madre, Doña Elena Gómez de Rodríguez; el anexo correspondiente a la Casa Maternal fué donado por la Sra. Luisa Gallino de Avellanal y el Dr. Ramón Negro. El edificio en que funciona el Refectorio Nº 6 en la calle Constitución, 2381 ha sido donado por el Sr. Francisco Ameglio, en memoria de su hijo Carlos; el edificio en que funciona el Refectorio Nº 10, en la calle León Perez 3633, fué construído con un legado de la Sra. Margarita G. de Ungo y un legado de la Sucesión Emilia Franza de Piria. El edificio en que funciona el Centro Infantil Eduardo Fernández Susviela, en el Camino Molinos de Raffo 327, ha sido construído con una donación del Sr. Eduardo Fernández Susviela. El edificio en que funciona la Casa Maternal Nº 4, en la calle Gaboto 1129, ha sido donado por la Srta. Soledad Seré, el edificio en que funciona la Colonia Marítima en el Buceo, Rambla Rpta. de Chile esq. Donizetti, el terreno fué donado por la Intendencia Municipal y el edificio costado por el Ministerio de Obras Públicas; el edificio de la seccional Nueva Palmira, en el que funciona la Colonia de Vacaciones, fué construído y donado por el Sr. Felipe F. Fontana.

Todos estos edificios, que han sido donados con fines especiales, son de acuerdo con cláusulas establecidas por sus generosos benefactores, invendibles e inembargables.

En estos momentos la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, de frente al porvenir, sigue la estela noble y luminosa que treinta años atrás abrieran sus esforzados pioneros.

La semilla generosa que en 1924 trajera la Srta. de Ferriere cayó en el surco fértil de los nobles corazones de nuestro país. La obra de la "ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA", lo realizado y lo que se propone realizar, lo certifica plenamente. Así la "CARTA DE GINEBRA" halló eco amplio en el Uruguay. La trayectoria de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, aplicando todas las normas de beneficio social que inspiran el Movimiento Mundial de 1924, establece categóricamente que nuestro país dijo presente, cuando se reclamó su cooperación para una obra de tan grande contenido humano y social.

LA VISITADORA SOCIAL, EL HOSPITAL Y LA NIÑEZ

Aspectos Laborales

Por la señorita Vera R. Holz
(Uruguay)

En todas las ramas de la actividad social, le corresponde a la visitadora social un papel de responsabilidad en cualquier comunidad que actúe.

Ninguna esfera escapa a su dilatado campo de acción, y la escuela, la industria, el hospital, el comercio, etc., necesitan en forma capital de sus consejos y de sus acciones para resolver, no sólo problemas que puedan plantearse como grupo, sino también aquellos que se refieren a la familia, y todavía más, al individuo mismo, para ayudar a resolver y aconsejar concretamente la mejoría de sus condiciones ambientales, económicas, patológicas, jurídicas, psicológicas y sociales y que constituyen elevación y mejoría en sus totales condiciones de vida.

Es por lo tanto profilaxis social, colaboración en la previsión de las enfermedades, y orientación para el reajuste social en la vida del individuo, de la familia y de la comunidad, la visión general que la visitadora social tendrá que tener en cuenta, para concebir su campo de acción, con un interés puesto integralmente en el beneficio de la sociedad.

EL HOSPITAL Y EL SERVICIO SOCIAL.

La creación del Departamento de Servicio Social Hospitalario, fué consecuencia directa de la necesidad de una mejor comprensión de los enfermos, al mismo tiempo que un mayor beneficio desde el punto de vista de su completo tratamiento, de su restitución a la sociedad, y de la integral facilidad diagnóstica. Richard C. Cabot (1), es sin duda, el pionero, que con fuerte sentido de responsabilidad, formuló tanto la necesidad de crear Departamentos de Servicio Social Hospitalario, como de señalar las actividades del personal ocupado de tales funciones. Bien conocemos a la fecha los aportes valiosos que las visitadoras sociales han podido llevar con su trabajo asistencial al desarrollo de la psiquiatría. De igual manera, el actual concepto de la medicina psico-somática, representa una amalgama de estas corrientes de pensamiento, que el Servicio Social, la medicina, la salubridad, y la investigación sociológica, han realizado en beneficio del ser humano.

El Dr. Obes Polleri (2) al tratar los problemas de hospitaliza-

ción en relación con el servicio social, indica la importancia de establecer, durante la hospitalización, con el propio hogar y los demás elementos de asistencia, la coordinación necesaria, tanto durante la estadía del enfermo en el hospital, como cuando éste se reintegra al hogar, para asegurar los reajustes indispensables desde el punto de vista moral-social, de manera ventajosa para el medio familiar.

El Servicio Social Hospitalario adopta los métodos generales tanto del servicio social en casos individuales como colectivos. El principio de esta labor es la entrevista ante el primer contacto con el paciente, la cual propicia la encuesta social, trabajo apoyado en la visita domiciliaria, que llega a la identificación e individualización del enfermo, y en consecuencia, al planteamiento de sus problemas, que condicionan el diagnóstico social, formulando e iniciando el tratamiento social indicado. La visitadora social, entonces, continúa no sólo el desarrollo del tratamiento social, sino, en estrecha colaboración con el médico, la vigilancia del tratamiento, que éste a su vez le haya señalado al paciente.

En realidad, los distintos investigadores que se ocupan de la caracterización del servicio social y de su funcionamiento están acordes con las ideas expuestas arriba de ayudar al enfermo en la solución de todas las dificultades individuales y ambientales, que interfieren en la obtención de los máximos beneficios del tratamiento médico. Así, el Dr. Germinal Rodríguez (3), asegura la importancia de la coordinación entre médico y visitadora social en relación con la asistencia integral. Augusta Schroeder (4), insiste en los métodos y la técnica que deben prestarse, no sólo desde el punto de vista social, sino del carácter humano, que la visitadora social debe llenar para cumplir totalmente su cometido.

De esta manera el servicio social tiene como finalidad, no sólo una asistencia paliativa o curativa, sino que también desenvuelve labores de tipo preventivo y constructivo desde todos los puntos de vista.

La Asociación Americana de Trabajadores Médico-sociales de Norteamérica (5), sistematiza las funciones del Departamento de Servicio Social Hospitalario, considerando la asistencia social tanto de casos individuales como de grupos, en la forma siguiente:

La base asistencial descansa en el estudio individualizado del enfermo y la coordinación entre médico y visitadora social; la ficha social es el dato primario indispensable que señala los problemas sociales, la forma como el paciente y su familia los van solucionando, la labor desarrollada por el propio servicio, poniendo al final un resumen que permita un conocimiento rápido de los detalles anteriores. El fichero debe ser dividido en activo y pasivo o archivo, este último necesario para la continuación de los datos en el paciente que reingresa. De preferencia esta ficha social debe ir unida

al expediente médico, para que se encuentre siempre a disposición de todo técnico profesional que se ocupa del caso, sin dejar por ello de tener el mismo carácter confidencial. En tercer término, en el Departamento de Servicio Social debe llevarse una estadística tan rigurosa como sea posible, con objeto de reunir en ella, el número de casos a quienes fueron prestados los servicios, formación de índices de salud social, estudios analíticos que sean de interés para la institución, etc., etc..

El Departamento de Servicio Social Hospitalario, debe ser un importante mediador y unificador del hospital y la comunidad, coordinando los servicios hospitalarios con los de otras instituciones relativas a servicios sanitarios y sociales. Por este motivo, su participación en la planificación y formación de programas generales hospitalarios; participación también, en el desarrollo de programas sociales y de salubridad en el medio en que actúa; en el programa educacional para el personal técnico del hospital, y por último, una participación importante en la investigación social, con formas básicas para realizar labor de tipo constructivo. Tales perspectivas se logran con la participación de la visitadora social en cursos o conferencias, dictados sobre aspectos sociales, y relaciones entre la enfermedad y el medio social, explicando cuál es la función y la finalidad en el campo de acción de la visitadora social; interviniendo en los problemas relativos a la planificación de servicios, dentro y fuera de las instituciones hospitalarias; educando a las propias familias dentro de las que actúan, en labores de profilaxis social y en las modificaciones ambientales, en la medida que ellas se consideren necesarias.

EL NIÑO ENFERMO Y LA VISITADORA SOCIAL.

Existe siempre una grave repercusión en el estado mental del niño, cuando se enfrenta a cualquier enfermedad, ya sea que la sufra él personalmente o sus padres, o alguno de sus familiares. Este hecho aparece en la corriente de su vida, como factor amenazador de su desarrollo socio-emocional, y la visitadora social, conjuntamente con el médico y demás personal encargado de su tratamiento, deben preocuparse de reducir al mínimo la fuerza de su impacto.

La consideración especial del niño como individuo y como miembro de su unidad familiar, requiere el tratamiento de toda enfermedad, lesión o deformación, aparte del tratamiento médico o quirúrgico correspondiente, ya que la incapacidad no sólo se determina desde el punto de vista físico, sino por el complejo orgánico, psíquico y social y otros factores ambientales. La actividad reducida, necesaria durante cualquier enfermedad, limita en todo niño los estímulos usuales de su vida, disminuye sus posibilidades en el des-

arrollo de su personalidad y aumenta su dependencia familiar, lo que puede traer una detención y a veces regresión de niveles normales de su personalidad psicológica. La hospitalización, que se traduce por separación del medio familiar, la aplicación de procedimientos terapéuticos, médicos o quirúrgicos, aparatos correctivos, dietética específica, etc., adquieren un significado especial para la vida del niño, el cual, en su limitada experiencia vital, es incapaz, a menudo, de diferenciar con claridad, realidad y fantasía, ante situaciones desconocidas que se le plantean. Castigos para su mala conducta, pueden parecerle, la enfermedad y el dolor; su aprehensión natural ante agresión y mutilación impuestas por los adultos, pueden parecerle los procedimientos quirúrgicos; puede sentirse abandonado al ingresar al hospital; en fin, el desarrollo de un sentimiento de frustración e inferioridad pueden ser las consecuencias inmediatas de su internación y estadía hospitalaria.

El servicio médico-social al ocuparse de los niños enfermos, interviene, con una participación activa y positiva en el tratamiento individual, para obtener un restablecimiento máximo, como base esencial para el efectivo tratamiento del niño enfermo. Tal hecho está fincado, en crear en el niño el sentimiento de apoyo y confianza en todos los adultos (médicos, enfermeras, visitadoras sociales, etc.), que tienen relación con él y proporcionarle una total planificación de servicios independientes del tratamiento médico, como distracciones, programas recreativos, tanto dentro del hospital, como de su estadía post hospitalaria y cuidando, por una parte, que en la esfera emocional del niño, éste pueda tener sentimientos y actitudes de comprensión y simpatía frente a la realidad, que su enfermedad y su correspondiente tratamiento le provocan, borrando, hasta donde ello es posible, el trastorno psicológico (sentimiento de culpa, ansiedad, etc.). Por otra parte, al enfrentar el problema del niño en el hogar a su reingreso, la visitadora social tiene la fundamental misión, en la esfera económico-social, de mejorar previo plan de trabajo, los ingresos familiares o sugerir una mejor administración de dichos ingresos dentro del campo doméstico.

La colaboración de la visitadora social con el personal médico en la atención de la niñez, se ha dejado sentir desde hace más de cincuenta años, teniendo como finalidad el logro de un mejor desenvolvimiento de la personalidad infantil, que la debilidad y la enfermedad detienen o disminuyen. Esta importancia, señalada por la American Association of Medical Social Workers (6), indica concretamente el valor de la ayuda prestada en este período de la vida, que se halla en el pleno proceso de crecimiento físico-emocional, dejando manifiesto con claridad, que el cuidado de los niños, no sólo se efectúa a través de los servicios pediátricos, en los hospitales y en las clínicas, sino también y de una manera importante, en

los demás servicios hospitalarios, entre los cuales se encuentra el servicio social. En este Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, hemos podido comprobar, cómo la asistencia pública, la asistencia materno-infantil, la seguridad social en general, y toda labor médico-social, la dirección hacia la protección de la infancia, se traduce en una verdadera "preocupación familiar", como lo ha señalado atinadamente el Dr. Víctor Escardó y Anaya.

La excelente oportunidad que brinda el niño enfermo hospitalizado, para que el servicio social a través de su visitadora social pueda penetrar en el hogar y confrontar los problemas que ese hogar presenta, deben aprovecharse convenientemente, ya que forma la base de la corriente de simpatía necesaria entre el elemento técnico, la visitadora social, por una parte, y el elemento social, la familia, y poder plantear por lo tanto la solución que tales problemas presenten.

TRATAMIENTO SOCIAL EN LOS CASOS HOSPITALIZADOS.

Exponemos en primer término, el tratamiento social de los casos individual y colectivo en el adulto, los cuales tienen en cuenta el enfermo hospitalizado, el ambiente familiar en que se desenvuelve en su reingreso a su hogar y el ambiente social en la colectividad en que actúa. La finalidad es ayudar al enfermo en todas las dificultades personales y ambientales, que predisponen a la enfermedad o interfieren en la obtención de los beneficios máximos del cuidado médico. Esto está en estrecha dependencia con el estudio individualizado del paciente, que permite la comprensión de su situación médica, de sus necesidades y problemas personal-sociales, y de su mutua interrelación. Básico resulta entonces, el intercambio de informaciones entre médico y visitadora social, para la integral comprensión individual del enfermo.

Debe tenerse el concepto, de considerar a la visitadora social, como una profesional con la que debe colaborarse directamente, en beneficio del paciente y la estrecha coordinación con el médico enriquecen y amplían el punto de vista unilateral que puede tenerse del enfermo. La visitadora social desarrolla un arte, muy diferente al de las otras disciplinas profesionales del equipo hospitalario, considerando a la enfermedad no sólo a la luz del diagnóstico médico, sino por su significación y repercusión que específicamente trae aparejada para el enfermo y su familia.

El tratamiento social colectivo, que puede definirse como el que toma a un grupo de individuos ligados entre sí, por características similares, en ciertos aspectos sociales o económicos o psicológicos, pone al alcance de ellos, aquellos recursos colectivos, que puedan beneficiarlos desde el punto de vista social. En este

sentido, la visitadora social trata de restablecer en todos los casos, un ambiente normal para que su vida psicológica no se afecte, preocupándose por buscar además, con fines terapéuticos, ocupaciones que los lleven hacia ese objetivo, distracciones, organización de bibliotecas, conferencias, formación de clubs, etc..

La labor de la visitadora social en la sala de niños consiste en el desarrollo de trabajos de grupos fundamentalmente, para ayudar al niño hospitalizado en el correcto desenvolvimiento de sus capacidades, en la solución de problemas de índole diversa, que se le presentan durante su estadía, y que pueden significar detención o atraso en su evolución integral. Todas las medidas apropiadas para el beneficio del niño le competen, inclusive calmar la ansiedad de los padres, respuesta natural ante la enfermedad de los hijos, presentándoles la realidad patológica que implica el internamiento del niño y las medidas conducentes a su total restablecimiento.

La visitadora social hospitalaria, integrante necesario del equipo humano con que todo hospital debe contar, es especialmente indispensable en los servicios infantiles. Grace L. Coyle & Raymond Fisher (7), explican en una forma completa las distintas atribuciones, en relación con los niños hospitalizados, que tienden a disminuir o borrar, por un directo acercamiento, el "impacto" que la hospitalización y la enfermedad les producen, y la clara visión que de este problema debe tener la visitadora social, con miras directas a su solución. La separación del hogar, indudablemente produce en el niño, ansiedades y especulaciones de diversa índole, que le hacen ver al hospital y su sala, como un lugar nuevo, extraño y de castigo. En seguida, la rutina hospitalaria (incomprendida por el niño) y el régimen disciplinado impuesto, a más del dolor y la ansiedad, producidos por la enfermedad, y todavía más, el tratamiento, hacen necesario que la visitadora social hospitalaria ayude al niño a vencer tales sentimientos, haciéndole comprender el hospital, como un organismo que procura su bien y al equipo humano, no como enemigos, sino como relaciones amistosas, que van a devolverle la salud.

El conocimiento de la psicología de la infancia, es indispensable en la visitadora social, para comprender y tratar las diferentes reacciones de los niños (indiferencia, hostilidad, depresión, rebeldía, etc.), recordando, que ella debe asumir en algunas ocasiones, el papel, durante la hospitalización del niño, de sustituto de padres. Mucho habrá de lograrse, si se presenta ante los ojos del niño, como un adulto, que se acerca a él con calor, simpatía y verdadera preocupación por su bienestar. El resultado es el logro de una verdadera identificación de la visitadora social con el niño, el directo beneficio de éste. Tal hecho reviste una importancia primordial en niños que ingresan, provenientes del interior de la República, y

que se encuentran privados de todo contacto familiar, por motivos lógicos.

La distribución en las salas, debe realizarse con un criterio sano, y desde el punto de vista de las relaciones sociales entre los niños, en grupos más o menos homogéneos. A más del tipo de enfermedad, la edad y el sexo, el correcto agrupamiento de los niños, es un factor de la mayor importancia. Hemos visto, durante el estudio teórico-práctico en este seminario, la necesidad del armónico agrupamiento infantil, como base para el establecimiento de un clima social apto, que puede ser un factor positivo para el más fácil restablecimiento y felicidad del niño hospitalizado. Esto incluye también las relaciones armónicas entre el propio personal que atiende de las salas, y que no escapan a la fina observación del niño enfermo.

La ayuda que proporciona a los niños la visitadora social, tiene que estar enmarcada de un programa flexible según las aptitudes y conveniencias individuales de los niños hospitalizados, en sus actividades recreativas, literarias, musicales, manuales, etc., que tienen que adaptarse a las posibilidades que permita la enfermedad en particular y al desarrollo intelectual y vocacional del niño. Es interesante y se realiza en otros países, la formación de verdaderas sesiones de los niños hospitalizados, en que uno de los niños actúa como líder del grupo y la visitadora social interviene sólo cuando es necesario, actuando única y habitualmente como supervisora. Estas sesiones servirían además para que el niño, que recién ingresa, quede incorporado y conocido por la pequeña comunidad hospitalaria.

Dentro de las actividades recreativas, se ha visto la importancia de la dramatización, en la cual los niños proyectan sus diversos sentimientos derivados de la hospitalización y de la enfermedad. En Estados Unidos de Norteamérica, se ha visto que la actividad preferida, eran los juegos que se referían a las experiencias referentes a su enfermedad y tratamiento. Dramatizaban los procedimientos médicos hospitalarios, como inyecciones, Rayos X, electros, etc., o sobre la separación familiar, que implicaba la hospitalización, y de los cuales queremos citar el caso siguiente, que mencionan Grace L. Coyle & Raymond Fisher (8).

En la dramatización de un juego, los niños querían mostrar, lo que acontecía al hospitalizar a un niño. La primera escena era en el hogar. Tenía una enfermedad leve, y el médico llamado, recetaba píldoras, pero el niño era "malo" y se comió más de las debidas, motivo por el cual tuvo que ser hospitalizado. En este punto el juego se interrumpe, porque los niños tenían interés en discutir, si sólo los niños "malos" eran internados en el hospital. Esto dió una buena oportunidad a la visitadora social, para hacerles comprender que la hospitalización de ninguna manera significaba cas-

tigo. Luego espontáneamente, los niños seguían con el juego, pero ahora la escena era en el hospital, con nurses y médicos dando "pinchazos", pequeños las nurses y grandes los médicos, finalizando la escena, al recibir todos los niños por turno, pequeños pinchazos con agujas de plastilina, que ellos previamente habían preparado.

De esta manera, los niños tienen oportunidad de pensar y aclarar sus sentimientos, evitando su represión peligrosa (fuente de neurosis) y compartiendo sus sentimientos, reciben apoyo mutuo y llegan a aceptar la realidad de su situación nosocomial.

Una labor más, que la visitadora social no debe descuidar, durante la hospitalización del niño en edad escolar, es la instalación de escuela hospitalaria, dentro de la propia institución nosocomial, y sobre cuya importancia ha insistido suficientemente Paul Bodin (9), y que llena para el niño las siguientes finalidades:

En primer término, imparte y complementa la instrucción escolar, sobre todo cuando la hospitalización es prolongada, reparando de esta manera su obligado ausentismo, y poniéndolo en condiciones de adaptabilidad escolar a su reingreso. Por otra parte, el realizar una actividad escolar, social y recreativa, que le mantienen su mente y sus manos ocupadas, realiza una acción terapéutica que mantiene un estado psíquico saludable. Por último, la acción escolar tendría una finalidad en la orientación vocacional, necesaria sobre todo, en aquellos enfermitos que no podrán ya realizar actividades y trabajos en forma normal, como los que tienen definitivas secuelas que deja la poliomielitis anterior aguda, la osteomielitis, o enfermitos con lesiones orgánicas internas, como los afectados de lesiones cardíacas, que no podrían en la mayor parte de los casos, realizar esfuerzos que demanden fuerte acción muscular. El papel del Servicio Social Hospitalario, desempeña en este caso, una labor definitiva para la vida ulterior del niño, al capacitarlo de acuerdo con las posibilidades médicas, a desarrollar sus aptitudes correspondientes, preparándolo de la mejor manera en la lucha por la vida y en el desarrollo de su personalidad.

La visitadora social debe tener en cuenta, que la sala del niño debe llenar, entre sus principales condiciones, una adecuada atmósfera ambiental, presentándola acogedora y atractiva, que en parte haga pensar al niño, en el ambiente de casa, y en esto intervienen, el color de las paredes y la decoración en general. Muchos países han adoptado este sistema y el resultado sobre el estado anímico del niño, es realmente satisfactorio.

Complemento de lo anterior, es el capítulo que se refiere a las actividades recreativo-instructivas, que pueden desenvolverse dentro de las salas de niños. La música con programas adaptados a la infancia, desempeña una incalculable acción educativa, sedante, recreativa, etc., desarrollando el sentido musical. Pequeñas bibliotecas infantiles y juguetes, llevan a los niños un poco de la feli-

ciudad que la enfermedad y el alejamiento del medio familiar, les ha sustraído.

CONCLUSIONES.

Es señalada la importancia y la responsabilidad de la visitadora social en cualquier comunidad en que actúe.

Se menciona la importancia de la creación del Departamento de Servicio Social Hospitalario, por el aporte valioso a que contribuye en el tratamiento médico, psicológico y social del enfermo y su medio familiar, en las diferentes instituciones nosocomiales.

Se explican en detalle, los factores que contribuyen a mejorar y cooperar en el tratamiento del niño hospitalizado, a través de la visitadora social hospitalaria.

Desde el punto de vista psicológico, social, económico, familiar y terapéutico, la intervención de la visitadora social hospitalaria es definitiva.

Una fase más, que la visitadora social hospitalaria debe realizar en beneficio de la niñez hospitalizada, es la de realizar el complemento del desenvolvimiento normal, psíquico y físico del niño, a través del capítulo recreativo-instructivo dentro del hospital.

Se insiste por último, en la necesidad que los hospitales generales que cuenten con salas infantiles, o los hospitales de niños, cuenten con "Escuelas Hospitalarias", por todas las finalidades a que se hacen mención.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Malcolm T. Mac Eachern. Hospital Organization & Management. 1940.
 - (2) Obes Polleri, J. Dr. Hospitalización del lactante normal y prematuro. Bol. del I.I.A.P.I., N° 94. Septiembre 1950. Montevideo, Uruguay.
 - (3) Rodríguez, Germinal Dr. Compendio de Demophylaxia. Buenos Aires, 1948.
 - (4) Schroeder, Augusta. Servicio Social. Ed. Mosca Hnos. Montevideo, Uruguay.
 - (5) American Association of Medical Social Workers. A Statement of Standards to be met by Social Service Departments in Hospitals, Clinics and Sanatoria. Washington. Third Revision. 1949.
 - (6) Hemmy, Mary L. y Otros. Medical Social Work. White House Conference. Washington. 1950.
 - (7) Coyle, Grace L. & Fisher, Raymond. Helping Hospitalized Children through Social Group Work. "The Child" Rev. Washington, April 1952.
 - (8) Coyle, Grace L. & Fisher, Raymond. Ob. Cit.
 - (9) Bodin, Paul. La adaptación del niño al medio escolar. Biblioteca de Cultura Pedagógica. Buenos Aires, 1949.
-

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

Reunión del Consejo Directivo de 11 de mayo de 1954

En la ciudad de Montevideo, a los 11 días del mes de mayo de 1954, se realiza en la sede del INSTITUTO la reunión anual del Consejo Directivo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, a las 10 horas, con la asistencia del Sr. Embajador Mario Diez de Medina, Delegado de Bolivia; el Sr. Embajador Dr. Walter Jobim, Delegado de Brasil; el Prof. Emilio Verdesio, Delegado de Costa Rica; la Prof. Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, Delegada de Cuba; el Dr. Guillermo Morales Beltrami, Delegado Técnico de Chile; el Dr. Walter Piaggio Garzón, Delegado de El Salvador; la Sra. Elisabeth Shirley Enochs, Delegada Técnica de los Estados Unidos de América; el Sr. Embajador Pedro Cerisola, Delegado de México; el Dr. Alfredo Ramón Guerra, Delegado de Nicaragua; el Arq. Luis D. Crespo, Delegado de Panamá; el Dr. J. Antonio Pannocchia, Delegado de la República Dominicana; el Dr. Julio A. Bauzá, Delegado de Uruguay; el Sr. Director General, Dr. Roberto Berro; el Jefe, Prof. Emilio Fournié, y actuando de Secretario el Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Delegado de Ecuador.

El Sr. Secretario expresa que no asistiendo el Sr. Presidente Dr. Gregorio Aráoz Alfaro y habiendo fallecido el Sr. Vice-Presidente, corresponde designar un Presidente Ad-hoc. A proposición del Sr. Director General, por unanimidad es nombrado el Sr. Pedro Cerisola, Embajador de México, el que ocupa la presidencia.

El Sr. Presidente presenta su saludo a los Delegados que concurren por primera vez al Consejo. Ellos son el Embajador de Bolivia Sr. Mario Diez de Medina y el Dr. J. Antonio Pannocchia de la República Dominicana.

Al comenzar la sesión el Director General Dr. Roberto Berro comunica al Consejo Directivo el fallecimiento de su Vice-Presidente Prof. Dr. Joaquim Martagão Gesteira, acaecido el día 30 de abril último, cuando se disponía a asistir a esta reunión y a dar dos clases en el Tercer Curso del Seminario de Trabajo que está realizando el INSTITUTO. Pide al Consejo se ponga de pie en homenaje al ilustre extinto, lo que el Consejo realiza, ofrendándole un minuto de silencio.

El Dr. Julio A. Bauzá expresa en breves palabras la pérdida que significa para el Brasil y para la pediatría americana su desaparición, recordando su vinculación con el Uruguay de largos años atrás.

El Dr. Escardó recuerda que el INSTITUTO le rindió un justiciero homenaje con motivo de la inauguración del Instituto de Puericultura al que concurrió en compañía de la Dra. Saldún, llevando una placa que entregó, pronunciando un discurso alusivo. Hace con este motivo un elogio de la personalidad del maestro desaparecido.

La Sra. Enochs adhiere al homenaje al Prof. Martagão Gesteira, recordando su visión clara cuando determinó que el Brasil fuera la primera nación que solicitó la asistencia técnica, lo que dió por resultado la colaboración efectiva de UNICEF, el Children's Bureau y el Departamento Nacional da Criança. El adiestramiento del personal que se realiza en el Brasil es único en el mundo y merece una mención especial.

Al entrar en sala el Embajador Jobim, agradece en nombre de su país los elogios tributados al Prof. Martagão Gesteira.

El Sr. Secretario da cuenta también del fallecimiento del Sr. Embajador de Chile, Dr. Gaspar Mora Sotomayor, el que pocos días antes había asistido a una clase del Seminario. El Consejo se pone de pie en homenaje al Delegado desaparecido. El Dr. Guillermo Morales Beltrami agradece en nombre de su país el homenaje que se tributa, teniendo palabras de elogio para el extinto.

El Sr. Secretario da cuenta de varias respuestas de Delegados que no pueden asistir o acusan recibo de la invitación y Memorándum. Ellos son: el Dr. Carlos Sáenz Herrera, Delegado Técnico de Costa Rica; el Dr. Carlos Andrade Marín, Delegado Técnico de Ecuador; el Dr. Marco Tulio Magaña, Delegado Técnico de El Salvador; el Dr. Joaquín Romero Méndez, Delegado Técnico de Honduras y el Sr. Manuel Villar, Delegado de Perú.

Después de discutidas las varias opiniones expuestas, se resolvió que las citaciones se pasen con tres meses de anticipación.

Se lee y se aprueba la Memoria Anual presentada por el Director General, dejándose constancia de la importancia que han tenido los Seminarios que se realizan y que han constituido una obra de verdadero panamericanismo. En este año termina el programa de los tres años con el tercer curso efectuado.

Se dió cuenta de la compra de la nueva sede en la calle 8 de Octubre Nº 2882, de la que es propietario el INSTITUTO, lo que dió motivo a generales congratulaciones.

Habiéndose tratado el aumento de las cuotas con que los países contribuyen al sostenimiento del INSTITUTO, se designó una Comisión compuesta por la Sra. Enochs, el Prof. Verdesio y el Dr. Escardó para que en la reunión del día siguiente presentaran un anteproyecto al respecto.

Reunión del 12 de mayo de 1954

En la ciudad de Montevideo, a los 12 días del mes de mayo de 1954, se reúne el Consejo Directivo del Instituto Internacional Ame-

ricano de Protección a la Infancia, a las 10 horas, para continuar el estudio de los temas de la Orden del Día, que por falta de tiempo no pudieron estudiarse en la sesión anterior. Asisten el Sr. Embajador Mario Diez de Medina, Delegado de Bolivia; el Sr. Embajador Dr. Walter Jobim, Delegado de Brasil; el Prof. Emilio Verdesio, Delegado de Costa Rica; la Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, Delegada de Cuba; el Dr. Guillermo Morales Beltrami, Delegado Técnico de Chile; el Dr. Walter Piaggio Garzón, Delegado de El Salvador; la Sra. Elisabeth Shirley Enochs, Delegada Técnica de los Estados Unidos de América; el Sr. Embajador Pedro Cerisola, Delegado de México; el Arq. Luis D. Crespo, Delegado de Panamá; el Dr. J. Antonio Pannocchia, Delegado de la República Dominicana, el Dr. Julio A. Bauzá, Delegado de Uruguay; el Director General del INSTITUTO Dr. Roberto Berro, el Jefe, Prof. Emilio Fournié. Actúa en la Secretaría el Prof. doctor Víctor Escardó y Anaya, Delegado de Ecuador.

Continúa en la Presidencia Ad-hoc el Delegado de México Embajador Pedro Cerisola.

El Director General lee la carta del Sr. O. H. Salzman Jr., Secretario Ejecutivo Adjunto del Comité Coordinador de Asistencia Técnica de la O.E.A. después de su viaje a la América del Sur y a la Conferencia de Caracas. En ella lo felicita por el éxito alcanzado por el Proyecto Nº 32, de acuerdo con lo que manifestaron Delegados de varios países por lo que cree que "se ha realizado una labor fructífera e importante para el mejoramiento de las condiciones de la niñez en América". El Director General cree que el Consejo debe congratularse y ofrece a los Sres. Consejeros el volumen "Resúmenes" del Tercer Curso, que será entregado a cada becario junto con el diploma al clausurarse el Seminario, lo que representa un trabajo de coordinación y eficiencia en todos los funcionarios que han colaborado en el Seminario. El Sr. Presidente propone un voto de aplauso a los Directores del Seminario, extensivo a todo el personal, por el éxito obtenido, lo que es aprobado por unanimidad y con aplauso.

En lo que se refiere a las cuotas, la Comisión designada, presenta un informe aconsejando la aprobación de las cuotas propuestas, aconsejando al mismo tiempo una modificación al Art. 31 de los Estatutos, suprimiendo la enunciación de las cuotas y recomendando que ellas sean determinadas teniendo en cuenta la población y las condiciones económicas de cada país.

Se aprueba el presupuesto presentado por el Sr. Director General para el año 1955, condicionado al aumento que podría obtenerse de las cuotas.

Se establece un programa de trabajo para el año 1955 con cinco temas de palpitante actualidad: la delincuencia infantil, el niño lisiado y su rehabilitación, la nutrición de la infancia, instituciones

para niños y adiestramiento del personal y finalmente el estudio permanente de la mortalidad infantil.

Con respecto al X Congreso Panamericano del Niño, se da cuenta de que se ha designado una Junta Organizadora especial y que se realizará en Panamá del 10 al 15 de enero de 1955. Preside la Junta el Excmo. Sr. Ministro de Salud, Trabajo y Previsión D. Ricardo M. Arias Espinosa, actuando de Secretaria la Srta. Elsa Griselda Valdés, Delegada Técnica de Panamá ante nuestro INSTITUTO.

En cuanto a trabajos que llevará el INSTITUTO, está el del Dr. José P. Achard (Uruguay) sobre Tribunales de Menores, el del Dr. Guillermo Morales Beltrami (Chile) sobre la Cooperación Interamericana y Universal, y el que está preparando sobre Bioestadística en la Infancia el Dr. Víctor Escardó y Anaya en el Departamento de Salud, en colaboración con los Dres. Francisco Menchaca (Santa Fe, Rep. Argentina) y Adolfo Morales (Uruguay).

La Comisión encargada de presentar el informe definitivo sobre la Mortalidad Perinatal, presidida por el Dr. Julio A. Bauzá y compuesta por el Dr. Guillermo Morales Beltrami, Walter Piaggio Garzón y Víctor Escardó y Anaya presentó el que fué definitivamente aprobado y que dice así en sus Recomendaciones:

Considerando que la buena asistencia a la mujer grávida y al recién nacido, significan la base de todo plan de reducción de la mortalidad perinatal, se formulan las siguientes recomendaciones:

I. — Multiplicación de los consultorios prenatales, para vigilar la salud de la mujer en estado de gravidez, atendidos por personal especializado y servicio social competente. Estos centros funcionarán en estrecha conexión y cooperación con los Servicios de Protección Materno-Infantil. En ellos se proporcionará alimentación, cuando se considere de necesidad, durante los últimos meses del embarazo. La lucha contra la sífilis será motivo de cuidadosa atención.

II. — La asistencia del parto se hará, siempre que esté indicado, en Casas de Maternidad, o en Salas de Maternidad en las localidades rurales, equipadas convenientemente para la debida asistencia a la madre y al recién nacido. La asistencia obstétrica a domicilio, corresponderá cuando no sea aconsejable o posible el ingreso de la madre a una Sala de Maternidad, debiendo ser practicada sólo por personas técnicamente preparadas o idóneas debidamente autorizadas, y en conexión con un servicio de Maternidad, o de Asistencia Obstétrica Domiciliaria.

III. — Se establecerá la declaración ante autoridad competente del nacimiento de todo niño cuya peso no exceda de 2.500 grms., o demuestre escasa vitalidad o insuficiente desarrollo físico. La declaración debe formularse dentro de las 48 horas siguientes al nacimiento.

IV. — La asistencia del niño prematuro deberá hacerse en Centros o Servicios especializados, dentro de una Casa de Maternidad, o

en estrecha relación con ésta, debiendo disponer de personal médico y auxiliar especialmente adiestrado, provisto de incubadoras y del equipo necesario para una esmerada asistencia.

V. — En todo Servicio o Centro para Prematuros, se dispondrá de un Lactarium, para el suministro de leche humana en tanto sea considerada necesaria su administración. Se organizará, dentro de las posibilidades de los servicios de maternidad, la asistencia de recién nacidos con anoxia o con Enfermedad hemolítica, por personal especializado.

VI. — La responsabilidad de la asistencia al recién nacido corresponde al médico pediatra, cuando lo hubiera en el Servicio respectivo, quien se encargará de su asistencia. La colaboración del obstetra será desde este momento puramente informativa.

VII. — En las Maternidades, se seguirá la nomenclatura de causas de mortalidad aconsejada por la OMS, organizándose cuidadosamente los Servicios de Estadística, y en cuanto sea posible se dispondrá de un servicio de necropsia, a los efectos de conocer, en la forma más exacta posible, la causa de las muertes fetales y neonatales que se produzcan.

El contralor de la salud de los escolares en América fué tratado luego, resolviéndose pasar todos los antecedentes al Departamento de Salud para que la Dirección General, por intermedio de aquél realice la Encuesta proyectada.

Se aprueba el informe presentado por la Comisión compuesta por el Dr. Berro, el Dr. Bauzá, el Prof. Verdesio y el Dr. Escardó en la siguiente forma:

1º) Créase en el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia el Departamento de Cooperación Técnica, el que será un órgano ejecutivo, a las órdenes del Director General, para ocuparse técnicamente de todos los problemas relacionados con la infancia.

2º) El Departamento de Salud actual se transformará en Departamento de Cooperación Técnica, pasando su personal a formar parte del nuevo Departamento.

3º) Se comete al Director del Departamento de Cooperación Técnica la preparación de un Reglamento del Departamento, el que una vez aprobado por la Dirección General, deberá recibir la sanción definitiva del Consejo Directivo.

4º) Se sugiere que el Departamento de Cooperación Técnica celebre reuniones, por lo menos cada dos años, en las capitales de los países americanos, para estudiar los problemas relacionados con su cometido.

Con esta aprobación la Dirección General queda autorizada para organizar en el INSTITUTO el nuevo Departamento de Cooperación Técnica.

Se resolvieron finalmente varios asuntos relativos a la concu-

rrencia de la Sra. Enochs al Centro de Viviendas Económicas de Bogotá y a la realización de un concurso entre las alumnas de las Escuelas de Servicio Social sobre un "Estudio de los programas de asistencia social que tiendan a robustecer a la familia".



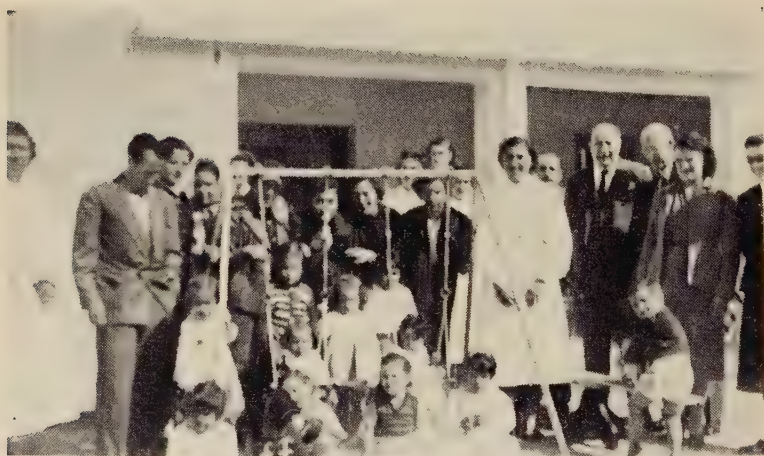
Los niños del Jardín de Infantes N° 4 del Consejo del Niño, efectuando trabajos prácticos ante los becarios



Visita al Parque Infantil de la Unión, de la Comisión Nacional de Educación Física.



Los becarios viendo confeccionar pelotas para diversos deportes en el taller de la Comisión Nacional de Educación Física.



En la Casa-Cuna "Villar - Estrade" del Consejo del Niño, en Trinidad, Dep. de Flores.

El Seminario del Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia

Tercer Curso — 1954

En los Boletines Nros. 102, de setiembre 1952 y 105 de junio 1953, se publicaron crónicas de los dos primeros cursos del Seminario del Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Este año 1954 se ha dado culminación al plan proyectado, habiéndose realizado el Tercer Curso, como siempre en Montevideo, del 15 de marzo al 13 de mayo. El programa, como los dos anteriores, fué llevado a cabo por nuestro INSTITUTO como parte de la Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos por intermedio de su Consejo Económico y Social, correspondiendo al Proyecto Nº 32.

Orientación general

Este Seminario ha seguido las mismas líneas generales de los dos anteriores, con algunas modificaciones, fruto de la experiencia, en relación con la marcha que sigue la protección a la infancia en el Uruguay y en el mundo en general.

Considerando el problema del niño más como profiláctico que como terapéutico, se profundizaron y discutieron en las dos primeras semanas todas aquellas cuestiones que, mejorando la situación general del país y la economía de la familia, habrían producido más apropiadas condiciones para la vida de los niños y por ende reducido el abandono y elevado su situación higiénica.

Luego se continuaron estudiando más concretamente las distintas facetas de la protección del menor, dando como siempre al Seminario un carácter práctico, realizando las clases en los mismos establecimientos, poniéndose en contacto con los distintos medios urbanos y rurales. Con respecto a estos últimos el Seminario, en diversas salidas al interior del país y con el objeto de conocer aspectos varios campesinos, hizo recorridas que alcanzaron a los dos mil kilómetros en ómnibus, por los buenos caminos del país.

Los Seminarios han efectuado una verdadera colaboración interamericana, siguiendo las orientaciones de la O.E.A., brindando cooperación técnica. De acuerdo con las líneas trazadas todas las naciones americanas, sin excepción, comparten sus beneficios, sin necesidad de que hagan pedido especial alguno. De este modo, intercambiando conocimientos y experiencias entre los diversos países,

se ha realizado una obra tendiente a mejorar en todas partes la protección a la infancia.

El Seminario de Montevideo

Durante dos meses y de acuerdo con el programa preparado (ver Noticiario Nº 91 de febrero de 1954) tuvieron lugar las clases y visitas en Montevideo, como ciudad central, pero efectuando frecuentemente salidas al interior del país. Dos de ellas, por lo extenso del recorrido, obligaron a pasar la noche en hoteles del interior, en Durazno y Punta del Este.

La alta dirección del Seminario la ejerció el Dr. Roberto Berro como Director General. Actuó de Director Ejecutivo el Dr. Víctor Escardó y Anaya, que acompañó todas las clases y visitas y de Director de Información y Estudio el Prof. Emilio Fournié.

Este año se suprimieron los Directores de Ciclo, creándose en cambio cuatro Coordinadores de los grupos médicos, jurídico, social y educacional, con el objeto de guiar a los becarios en las visitas y estudios particulares que cada uno de ellos deseara realizar por encargo de su país o por cuenta propia. Estos Coordinadores fueron el Dr. Walter Piaggio Garzón, el Dr. José P. Achard, la Srta. Adela Freire Muñoz y el Prof. Alberto A. Alves.

Los becarios de la O.E.A.

DE BOLIVIA: Dr. Luis Montañó Roldán, Médico cirujano, Director de los Servicios Médicos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social;

DE BRASIL: Dr. Randoval Montenegro, Médico Puericultor del Departamento Nacional da Criança, Pediatra del Instituto Fernandes Figueira, Jefe del Servicio de Coqueluche, Profesor de Administración de Institutos de Asistencia a la Maternidad e Infancia del Departamento Nacional da Criança;

DE ESTADOS UNIDOS: Sra. Selenia Ponce de León de Pratts, Trabajadora Social, Sub-Jefe del Negociado de Bienestar del Niño, Puerto Rico;

DE MEXICO: Dr. Pablo Rivadeneyra Neira, Médico pediatra del Centro de Salud "Beatriz Velazco de Alemán", Maestro de Paidología en el Instituto Nacional de Maestros;

DE PARAGUAY: Dr. Miguel Angel Morra, médico pediatra, Jefe de Sala de la Cátedra de Pediatría (Hospital de Clínicas), Médico pediatra del Centro de Salud Nº 2 del Barrio Obrero, y Dr. Guido Rodríguez Alcalá, médico pediatra, Médico del Dispensario Materno-Infantil Nº 3.

DE URUGUAY: Dr. Basilio Pozzi Minvielle, Médico de la Gota de Leche y Refectorio Materno-Infantil del Consejo del Niño, en

Pando; y Srta. Zulema Rodríguez Pacios, Asistente Social, Jefe del Servicio Social de Sanidad Escolar.

Los becarios de las Naciones Unidas

DE COSTA RICA: Dra. María Eugenia Vargas Solera, abogada, Profesora de Educación Cívica del Ministerio de Educación;

DE ECUADOR: Srta. Eugenia Baquero Andrade, Trabajadora Social, Jefe del Servicio Social de la Casa Maternal "Antonio Gil", Trabajadora Social de la Oficina Central de Servicio Social; y Srta. Carmen Vallejo Mera, Trabajadora Social en el Departamento Asistencial de la Junta Central de Asistencia Pública.

Becarios Especiales

DE PARAGUAY: Srta. Ofelia Alfonzo Balzarini, Profesora normal; y Dra. Blanca Zucolillo de Rodríguez Alcalá, abogada.

DE URUGUAY: Srta. Leyla Otero, funcionaria de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia; y Srta. Vera Rosa Holz, Visitadora de Higiene Social y Puericultura.

Inauguración

La inauguración tuvo lugar en la sede del INSTITUTO el lunes 15 de marzo. El Dr. Roberto Berro declaró abierto el Seminario, teniendo palabras de confraternidad y poniendo de relieve la importancia de la cooperación técnica que el INSTITUTO llevaba a cabo en este Seminario.

Estando presente el Dr. Andrés Gubetich, personalidad paraguaya de relieve, que actuó en los actos de fundación del INSTITUTO en el año 1927, tuvo palabras alusivas, congratulándose de que el Seminario se honrara con su presencia.

El Dr. Víctor Escardó y Anaya explicó luego a los becarios la organización del Seminario y la forma en que éste había de desarrollarse. Los diversos "Informativos" irían señalando a los becarios las horas, las visitas, las clases y todo lo demás que para su perfecta información necesitaran. Como en los años anteriores, todos los actos se han de realizar con la más estricta puntualidad.

El Prof. Emilio Fournié recordó que cada uno de los becarios debería realizar un trabajo sobre un tema de protección a la infancia, para lo cual dispondrían de tiempo libre que deberían dedicar a esa finalidad. Puso a disposición de los becarios la biblioteca y toda la información que necesitaran.

Los becarios se pusieron en contacto con los cuatro Coordinadores y con algunos profesores que asistieron a la inauguración, cambiándose ideas sobre la realización práctica del Seminario.

Primera semana

De acuerdo con el plan establecido, en esta semana y en la siguiente se consideraron temas de carácter general. El martes 16 de marzo, el Dr. Isaac Ganón, abogado, Catedrático de Sociología en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Profesor de Sociología e Investigaciones Sociales en el Instituto de Profesores se ocupó del tema "Seguridad Social en la Infancia".

El miércoles 17 el Dr. Francisco de Ferrari, abogado, profesor de Legislación del Trabajo y Previsión Social, se refirió a la "Legislación Laboral en el Uruguay". A continuación el Dr. Héctor Gros Espiell, abogado, profesor de Derecho Constitucional en los Institutos Normales, disertó sobre "Consejos de Salarios".

El jueves 18 el Dr. Roberto Berro, Director General de nuestro INSTITUTO, ex Ministro de Protección a la Infancia y ex Presidente del Consejo del Niño del Uruguay expuso las "Asignaciones Familiares". Este tema fué complementado durante la tarde por el Dr. Elbio Fernández Capurro, Médico, Director General del Consejo Central de Asignaciones Familiares, visitándose esa tarde y en la mañana siguiente la sede del Consejo Central y la de la Caja de la Construcción y el Servicio de Asistencia Materno-Infantil de las Cajas de las Industrias del Cuero, Textil, Metalúrgica, etc., con sus características propias y estudiándose su organización en los más mínimos detalles.

En la tarde del viernes 19 la Srta. Hortensia de Salterain, Sub-Directora de la Escuela de Servicio Social abordó en la misma Escuela el tema "Servicio Social" con referencia especial a los problemas infantiles.

Durante el sábado 20 se realizó una visita a la CONAPROLE (Cooperativa Nacional de Productores de Leche) observándose con detalle todo el proceso de la Higienización de la Leche. Al final de la visita les fué ofrecido un lunch a los becarios.

Al finalizar cada una de las clases, se entregó a cada uno de los becarios el resumen mimeografiado de la misma, práctica continuada sin interrupción durante todo el Seminario.

Segunda semana

Completando el plan de la primera semana y siguiendo su misma orientación, el lunes 22 de marzo el Arq. Juan A. Scasso, profesor de la Facultad de Arquitectura y Director de Paseos Públicos disertó en la Escuela de Jardinería, en el Prado, sobre "Recreación. Empleo adecuado del tiempo libre", visitándose luego varios parques infantiles y plazas de deportes, situados en diversos barrios de la ciudad.

El martes 23, el Dr. Daniel Rodríguez Larreta, abogado, miembro de la Comisión Honoraria del Instituto Nacional de Viviendas

Económicas dió su clase sobre "Viviendas Económicas" efectuándose luego una recorrida en ómnibus por distintos grupos de viviendas esparcidas en los alrededores de la ciudad. Acompañaron esta recorrida, ampliando conceptos, el Arq. Enrique Quirós, Jefe de los Estudios Sociográficos y la Srta. Margarita Rodríguez, Jefe del Servicio Social del Instituto Nacional de Viviendas Económicas.

El miércoles 24 fué dedicado a "Educación Física en el Uruguay" tema que desarrolló en visitas de todo el día el Prof. Julio J. Rodríguez, maestro, Director General de la Dirección Técnica de la Comisión Nacional de Educación Física. Fueron visitadas la Dirección Técnica y sus dependencias, el Departamento Médico y la Jefatura de Administración General, la Casa de Deportes "Artigas", los Talleres y sus nuevas construcciones, las plazas de deportes Nros. 3 y 5, el Gimnasio del liceo Nº 5, el de la Sección Femenina de Enseñanza Secundaria y el Instituto Superior de Educación Física.

La semana fué completada con la "Educación Sanitaria en relación con el niño" por el Dr. José Saralegui, médico, Director del Departamento de Educación Sanitaria y Sanidad Internacional del Ministerio de Salud Pública. La Srta. Adela Freire Muñoz, asistente social, Jefe del Servicio Social Técnico del Consejo del Niño, se ocupó del "Servicio Social en la Infancia" recorriendo los becarios el Servicio Social Parroquial de la Aguada, el Servicio Social de la Fábrica Textil Uruguaya y varios hogares donde hay niños en Colocación Familiar.

El Dr. Adolfo Morales, médico, Encargado de la Oficina de Estadística y del Departamento de Estadística Vital de la División Higiene del Ministerio de Salud Pública, estudió los "Problemas Estadísticos" visitándose en el mencionado Ministerio el Departamento en todas sus secciones.

El Dr. Julio A. Bauzá, médico, ex Presidente del Consejo del Niño, y ex Director de la División Primera Infancia del mismo trató también en la semana la "Mortalidad Perinatal".

Tercera semana

El Dr. Roberto Berro habló al comenzar esta nueva etapa del "Código del Niño del Uruguay" y el Dr. Luis M. Petrillo, médico, ex Director de la División Higiene, del "Consejo del Niño en el Uruguay". El Dr. Víctor Escardó y Anaya, médico, co-autor del Código del Niño, ex Director de la División Segunda Infancia del Consejo del Niño propuso el tema de la "Colocación Familiar". El Dr. Rito Etchelar, médico, profesor agregado de Medicina Infantil y Director de la División Primera Infancia del Consejo del Niño, describió la institución que él dirige en la Casa del Niño y luego se efectuó una minuciosa visita bajo su dirección a todas sus de-

pendencias. Más adelante la Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, médica, profesora agregada de Medicina Infantil, Jefe de Sala del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio" y médico-jefe del Consultorio de Puericultura Nº 1 del Consejo del Niño, expuso el tema "Consultorios de Puericultura "Gotas de Leche", visitándose a continuación varios establecimientos de este tipo.

El miércoles 31 se visitó la División Segunda Infancia del Consejo del Niño siendo explicada su organización por su Director el Dr. Domingo W. Sarli. A continuación, se visitó el Hogar Infantil del Hotel Miramar.

En los días subsiguientes el Prof. Carlos Simón, maestro, Director de la División Educación del Consejo del Niño y profesor de la Universidad del Trabajo desarrolló en la Escuela del Hogar el tema "Reeducación de los jóvenes" efectuándose enseguida una visita a la Escuela. La Colonia de Educación Profesional del Consejo del Niño fué visitada en un viaje de día entero, en el que el Prof. Julio Klastornick, maestro, profesor normalista y Administrador de la Colonia explicó su organización, efectuándose una detallada visita a todas sus distintas secciones, escolares, industriales y agrarias. A mediodía, fué ofrecido a los becarios un almuerzo preparado con productos elaborados en el establecimiento.

Cuarta semana

Durante esta semana se desarrollaron temas de orientación preferentemente pedagógica. El Prof. Emilio Fournié, maestro y contador, ex-Inspector Técnico Nacional de Enseñanza Primaria y Normal se ocupó de "El problema de los preescolares". A este propósito se visitó el Jardín de Infantes Nº 4 del Consejo del Niño, donde su Directora la Prof. Zunilda Pardiez de Suárez explicó su orientación y funcionamiento, recorriéndose las diferentes clases, lo mismo que el Club de Madres, ofreciéndose un lunch a los becarios, después que los alumnos habían presentado varios números de baile y canto. El Prof. Emilio Verdesio, maestro, ex Director General de Enseñanza Primaria y Normal, ex Consejero del Consejo del Niño y del Consejo Nacional de Enseñanza Secundaria y de la Universidad del Trabajo, expuso en el Jardín de Infantes "Enriqueta Compte y Riqué" el tema "Los Jardines de Infantes del Consejo de Enseñanza". A continuación la Prof. Carmen García de Sánchez, maestra, ex Directora del Jardín de Infantes que se visitaba, explicó su organización, realizándose una detallada visita.

La Prof. María Carbonell de Grompone, maestra, Directora del Laboratorio de Psicopedagogía y profesora de Psicología de la Adolescencia y de Psicología de la Educación en el Instituto de Profesores, disertó, en el Laboratorio que dirige, sobre su orga-

nización, la que los becarios pudieron apreciar en todos sus detalles.

"Cine y Radio en la Enseñanza" fué el tema tratado por el Prof. José P. Puig, maestro, ex Director Técnico Docente de Cinematografía Escolar, Director de la Biblioteca y Museo Pedagógico. Con ese motivo se efectuó una visita al local de Cinematografía Escolar en la que los becarios cambiaron ideas sobre los temas tratados y les fueron proyectados varios films. A continuación fué visitado el Grupo Escolar "Jacobo A. Varela" donde los alumnos ofrecieron un acto al Seminario y los distintos becarios expresaron sintéticamente lo que eran y representaban sus países.

El Dr. Carlos A. Torres de la Llosa, médico, Inspector de Ciencias Naturales de Enseñanza Secundaria, se ocupó de la "Enseñanza Secundaria en el Uruguay", dando su clase en el Instituto Vázquez Acevedo, siguiéndose luego una detallada visita a diferentes liceos.

El miércoles 7 de abril tuvo lugar una salida de día entero a la localidad de San Ramón, distante 80 kms. de la capital con el objeto de visitar el Area Demostrativa, dirigida por el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, Zona Sur, que forma parte del Proyecto Nº 39 de la O.E.A., paralelo al Proyecto 32 del Seminario que en esta crónica se describe. El Ing. Manuel Elgueta, Director de este programa, no pudo asistir por encontrarse ausente del país, pero el Seminario fué recibido por el Ing. Santiago Antuña, Especialista en Extensión Agrícola del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, Zona Sur, el que explicó el alcance del programa, colaborando en la exposición de los distintos aspectos el Dr. José Marull, Especialista en Economía del uso de la tierra, el Sr. Charles Proctor, Especialista en Sociología Rural, el Ing. L. Mac Lean, Especialista en exposición de Extensión y la Srta. María Lucía Lemos, becaria de Economía Doméstica, que ejerce funciones docentes. Después de las disertaciones que provocaron un interesante cambio de ideas, se realizó un recorrido por las zonas rurales, atravesando chacras y campos, con el objeto de ver de cerca el programa; los técnicos acompañaron a los Seminaristas en esta gira, la que terminó en la localidad de San Juan Bautista donde el Club de Economía Doméstica "Las Margaritas", del programa 39, recibió a los becarios explicándoles sus finalidades y ofreciéndose un lunch preparado por el Club.

El jueves 8 fué dedicado a la "Enseñanza Industrial". El Arq. Luis O. Nunes, profesor Universitario y Director de la Universidad del Trabajo, se refirió a la organización de la institución y sus finalidades, observándose el funcionamiento de las Escuelas de Industrias Femeninas, de Mecánica y Electrotecnia y de Comercio; y en horas de la tarde, de las Escuelas de Artes Aplicadas, Artes Gráficas e Industrial de la calle Agraciada; donde además de

los informes proporcionados por el Sr. Director General, se contó con el asesoramiento de los respectivos Directores y personal docente que atendieron a los becarios.

Al día siguiente el Ing. José L. Sala, Inspector de Enseñanza de la Universidad del Trabajo, trató de la "Enseñanza Agraria" visitándose la Escuela Agraria de San Ramón, recorriendo sus dependencias y almorzando en ella. Por la tarde el Prof. Oscar J. Maggiolo, presidente del Movimiento de la Juventud Agraria del Uruguay acompañó a los becarios a visitar varios Clubes de Niños, asistiendo a sus deliberaciones. Con ese motivo, expuso la finalidad y organización de estas instituciones infantiles.

Quinta semana

Aprovechando los días feriados de esta semana se realizaron dos salidas al interior del país en dos direcciones diferentes para visitar varias instituciones rurales y poblaciones del interior y al mismo tiempo para que los becarios pudieran ver de cerca las condiciones de vida de los niños en la campaña uruguaya. Las dos salidas totalizaron alrededor de 1000 kms. en ómnibus.

La primera de ellas duró dos días. En Florida, a 101 kms. de Montevideo, el Delegado de Paraguay ante el INSTITUTO Dr. Fernando Abente Haedo ofreció un desayuno en su casa a los becarios. Hacia el mediodía se llegó al Km. 256, sobre el Río Negro, en la localidad denominada Paso de los Toros. Después de un almuerzo criollo ofrecido por la UTE, el Ing. Carlos Giavi miembro del Directorio de la UTE acompañó a los becarios a visitar las obras hidroeléctricas del Río Negro en el Rincón del Bonete, que suministran energía eléctrica a la ciudad de Montevideo. A la tarde se regresó a Durazno, en el Km. 192 donde se visitó el Hogar Infantil "Gracia Scaffo de Casas Mello" siendo recibidos los becarios por el Presidente del Consejo Departamental del Niño Sr. Ramón Fernández. En el Club Aeronáutica, a orillas del río Yí, el Rotary Club, que preside el Sr. Alfonso Pereda, ofreció un lunch. Después de haber dormido en la ciudad de Durazno, a la mañana siguiente la Comisión de Protección a la Infancia ofreció un desayuno a los becarios, visitándose el pabellón de Niños del Hospital Durazno, el hospital y el Pabellón de Tuberculosos y el Hogar Regional Femenino del Consejo del Niño. En esta gira acompañaron al Dr. Escardó y los becarios la Dra. Gracia Scaffo de Casas Mello, el Dr. Paladino y el Dr. Casas Mello.

De Durazno se trasladó el Seminario para la ciudad de Trinidad, capital del Departamento de Flores, donde almorzaron y visitaron el Comedor Materno-Infantil, la Gota de Leche, y la Casa-Cuna Villar-Estradé del Consejo del Niño, la Escuela al Aire Libre que dirige al Srta. Lina Blanca Toureilles y finalmente el Alber-



Trabajos agrícolas de los alumnos de la Colonia de Educación Profesional de Ituzaingó, perteneciente al Consejo del Niño.



Visita al Area Demostrativa de San Ramón, dentro del programa N° 39 de la O.E.A.. Un menor mostrando magníficos ejemplares de maíz híbrido cultivado por él.



En el Hogar Regional Femenino del Consejo del Niño en Durazno, menores adolescentes y becarios al frente de la espaciosa entrada.



En viaje hacia Minas y Punta del Este, los becarios en Pando, con el personal de la Gota de Leche del Consejo del Niño.

gue para Menores. En la tarde, y de paso para Montevideo visitaron en San José el Hogar Rural y la Casa del Niño, ambas del Consejo del Niño. Festejándose en este último el santo de las niñas, fiesta que se realiza una vez al año, los becarios tomaron parte de dichos festejos.

La segunda salida duró también dos días, en el Km. 31 fué visitada la Gota de Leche del Consejo del Niño de Pando que dirige el Dr. Basilio Pozzi Minvielle, que siguió el Seminario como becario del Uruguay. En los alrededores de la ciudad de Minas almorzaron los becarios en la Colonia de Vacaciones de la UTE, visitándose todas sus instalaciones y cambiándose ideas sobre esta obra social de tan prácticos resultados. En la tarde se trasladaron a Punta del Este, donde cenaron y pasaron la noche. En la mañana siguiente se visitaron todas las distintas partes de esta ciudad balnearia, dirigiéndose luego a la Escuela de Silvicultura de Maldonado, dependiente de la Universidad del Trabajo, cuyo Director el Ingeniero Agrónomo Isaac Morón recibió a los becarios, explicándoles la organización de la Escuela e invitándoles a recorrer los cultivos y viveros. En el Country Club de Cantegril se almorzó. En horas de la tarde y recorriendo de regreso las diversas playas uruguayas, llegaron a Piriápolis donde fué visitado el Campamento Escolar que dirige la Prof. Josefa Arrien Jaureguiberry. Los niños del campamento hicieron una calurosa recepción a los becarios y les fué ofrecido un té. Al caer la noche regresaron a Montevideo.

Sexta semana

Esta semana fué consagrada a la protección jurídica del menor. En ella fueron visitados los dos Juzgados de Menores, donde se dictaron clases y los becarios pudieron ver su organización y funcionamiento. La Dra. Rosa Ascone de Figueroa, abogada y maestra, Encargada de la atención jurídica del menor de la División Adolescencia del Consejo del Niño, dió clase sobre la "Asistencia de la Familia y del Menor ante los Estrados". El Dr. José P. Achard, abogado, Ex Juez de Menores, Juez Letrado de Primera Instancia en lo Civil, trató los temas "Tribunales de Menores" y "Orientaciones contemporáneas en la protección jurídica del menor", y el Dr. Dante Sabini, abogado, Juez de Menores de Primer Turno, el tema "Guarda y Tenencia de los Menores". El Dr. Francisco Marcoara, abogado, Juez de Menores de Segundo Turno, dictó su clase sobre "Investigación de la Paternidad y Pensiones Alimenticias".

Séptima semana

En esta semana el Dr. Alberto Munilla, médico, Secretario de la Comisión de Alimentación, filial de la F.A.O. y Director de los

Cursos de Dietistas de la Facultad de Medicina, expuso la "Protección alimenticia del menor" en el Hospital de Clínicas. A continuación se realizó una minuciosa visita a este grandioso hospital, dependiente de la Facultad de Medicina, que ha comenzado hace poco tiempo a funcionar. Con el Dr. Bolívar Pereda, médico, Director del Departamento de Previsión Social del Consejo Nacional de Enseñanza se trató la organización de los "Comedores Escolares", visitándose el Nº 127 de los Portones de Carrasco, el Jardín de Infantes Nº 2 del Camino Maldonado y finalmente el Preventorio Escolar de Colón, donde les fué servido un almuerzo criollo a los becarios. El Dr. José May, médico, profesor de Sifilografía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Montevideo habló sobre la "Sífilis en el Uruguay, especialmente en el niño". El Dr. Luis M. Petrillo, médico, ex Director de la División Higiene del Consejo del Niño, en el local de la misma División estudió los problemas que a ella se refieren y los resultados obtenidos. Al visitar la Clínica de Conducta y Orientación, el Dr. J. C. Chans Caviglia planteó lo referente al Servicio que dirige. "La Enseñanza Especial. La Escuela Auxiliar" fué el tema de la Prof. Eloísa García Etchegoyhen de Lorenzo, maestra especializada, psicóloga clínica y Directora de la Escuela Auxiliar de Enseñanza Especializada, en la misma institución que fué visitada clase por clase y donde se ofreció un almuerzo en el que participaron becarios, maestros y alumnos.

El Dr. Luis Mattiauda, Presidente de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, abordó el tema "La lucha antituberculosa en el Uruguay" recorriéndose los diversos servicios que la constituyen. Con motivo de la inauguración de una nueva campaña en el Departamento de Maldonado, la Comisión Honoraria invitó al Seminario a concurrir a ella, trasladándose el Dr. Escardó y los becarios a este Departamento, donde les fué ofrecida una cena en el Hotel Playa de Punta del Este.

El Dr. Julio R. Marcos, médico, Profesor Agregado de Pediatría e Higiene Infantil, disertó sobre "Higiene Mental" en su servicio del Hospital Pedro Visca, donde sus colaboradores expusieron los diversos aspectos del problema. El Dr. José Obes Polleri, médico - Jefe de la Casa del Niño habló sobre "El recién nacido. Aspectos médicos de su asistencia". Y en una visita al Laboratorio Calmette, su Director el Dr. Ruben Gorlero Bacigalupi, trató sobre "La vacuna B.C.G.". Finalmente el Dr. Alfredo, Ramón Guerra, médico, profesor agregado de Medicina Infantil planteó "El problema de los trastornos nutritivo-digestivos del lactante".

Esta semana se complementó con otra salida de día entero al Departamento de Florida en el Km. 142, visitándose la Estancia San Pedro de Timote del Dr. Alberto Gallinal, donde se ofreció un almuerzo a los miembros del Seminario. El objeto de este viaje

era el de que los becarios conocieran un establecimiento agropecuario de los más prestigiosos del país, para que pudieran apreciar las condiciones de vida de esas zonas del interior.

Octava semana

Durante esta semana fué visitada la Escuela de Sordomudos, exponiendo en ella, antes de ser visitada en detalle, "El problema del sordomudo" la Prof. Antonia Lombardi de Martínez, maestra, ex-Directora de la Escuela y luego la Prof. María Irene Senderos de Gadea, maestra, y actual Directora, "La Organización de la Escuela de Sordomudos". Al finalizar la visita la Escuela ofreció un lunch a los becarios, pasándose un film. Enseguida el Seminario se trasladó a la Casa Taller de la Sordomuda "María Pía Bula de Surraco" institución particular que lleva el nombre de la fundadora y actual presidenta de la Comisión.

El Dr. León Morelli, médico de la Oficina Médica del Trabajo del Consejo del Niño, dictó clase sobre "El trabajo de los menores en el Consejo del Niño". El Prof. Nicasio García, maestro, Vocal del Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal, Ex-Instructor Regional de Enseñanza Primaria planteó el problema de los "Campamentos Escolares" en la visita que se efectuó a la Colonia Marítima de Malvín, donde se ofreció un lunch; con anterioridad los becarios habían visitado el Campamento Escolar de Piriápolis.

El Dr. J. C. Chans Caviglia estudió la "Orientación Profesional" en el Consultorio dedicado a ese fin en la Liga Uruguaya contra el Alcoholismo, después de lo cual la Comisión de Señoras de la Liga, ofreció un té.

Un día entero fué dedicado a las instituciones particulares. Acompañados por el Prof. Javier Gomensoro, profesor de Higiene Social y Asistencia Social del Niño en los Institutos Normales, y ex-Director del Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública se visitaron la A.U.P.I. (Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia) en su sede central y el Centro Materno-Infantil "Eduardo Fernández Susviela" de la misma institución, la Escuela Agrícola Jackson, que dirigen los P.P. Salesianos, donde se ofreció un almuerzo y finalmente el Preventorio Infantil de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.

Se cerró el ciclo de esta semana con lo referente al niño lisiado, visitándose la Escuela privada "Franklin Delano Roosevelt", donde fué ofrecido un almuerzo. Allí el Dr. Conrado Pelfort, Presidente de la Asociación Nacional para el Niño Lisiado abordó el problema de estos niños y la Srta. Renée Lusiardo, Directora de la Escuela dirigió la recorrida y explicación de las diferentes clases y talleres donde se imparte la enseñanza.

Clases especiales

Durante el curso, pero especialmente en la novena semana, tomaron parte profesores no uruguayos, que desarrollaron temas interesantes, con lo que el Seminario pudo estudiar otras materias de alcance americano. Ellos fueron la Señora Valentina de Maidagan de Ugarte, Asistente Social chilena, Asesora en Enseñanza de Servicio Social de las Naciones Unidas, que disertó sobre "La Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública del Uruguay"; el Prof. Dr. Saúl I. Bettinotti, médico argentino, Profesor Titular de Medicina Infantil, 2ª Cátedra, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y Director de Medicina Infantil de la Municipalidad de Buenos Aires, quien dió dos conferencias sobre: "El Lactario Argentino. Institución médico-social" y "La Organización de la Asistencia Médico-Social de la Infancia en la ciudad de Buenos Aires".

El Prof. Dr. Joaquim Martagão Gesteira, ilustre pediatra y puericultor brasileño, Vice-Presidente del Consejo Directivo de nuestro INSTITUTO, iba a dar dos clases, cuyas síntesis ya había enviado y que como un homenaje a su memoria se publican en el libro "Resúmenes", cuando falleció inesperadamente en Río de Janeiro. Los títulos de sus dos conferencias eran: "O perigo Obstétrico e a mortalidade perinatal" y "Os Institutos de Puericultura na luta contra a mortalidade infantil".

El Dr. Guillermo Morales Beltrami, pediatra chileno, Delegado Técnico de Chile ante el Consejo Directivo del INSTITUTO y Experto permanente de las Naciones Unidas en Bienestar Infantil, ofreció dos conferencias, una sobre "Experiencia de 25 años de labor en el campo de la asistencia y protección de la infancia en Chile. Organización y financiamiento" y la otra sobre "Colocación Familiar".

Finalmente la Sra. Elisabeth Shirley Enochs, Delegada Técnica de los Estados Unidos de América ante el INSTITUTO, Jefe de Misiones Técnicas Internacionales de la Administración de Seguridad Social en el Ministerio de Salud, Educación y Bienestar de EE.UU. desarrolló el tema "Asistencia Técnica".

Homenaje a Morquio

El lunes 10 de mayo los becarios del Seminario decidieron rendir homenaje al Prof. Morquio, colocando un artístico ramo de flores al pie de su estatua. El Dr. Pablo Rivadeneyra, becario de México ofreció el homenaje con las siguientes palabras:

Sr. Director General del Seminario, Sras. y Sres.:

Los becarios pertenecientes al Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, en repre-

sentación de nuestros respectivos países y en representación personal, venimos a cumplir el grato deber de rendir nuestro homenaje, un homenaje más, que habrá de sumarse a los que se han tributado ayer, y seguirán realizándose siempre, hacia la figura altamente espiritual de un hombre, LUIS MORQUIO, que dedicó treinta y nueve años de su vida fecunda, al servicio de la infancia, inundándola con la luz clara de sus conocimientos y de su corazón generoso.

Más que la cronología minuciosa, importan para la biografía de un hombre, la estela de los hechos que va dejando en el transcurso de su existencia y que forman su personalidad. Los hechos y la personalidad del Dr. Morquio, tienen las postrimerías del siglo XIX y el primer tercio del presente siglo, con la positiva señal de dos centenares de trabajos científicos en beneficio de la niñez; la fundación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia; la abolición del infamante sistema del torno, que tanto llegó a caracterizar las casas de expósitos; y tales hechos, tan sólo significan una parte de su integral acción en beneficio de la infancia, pues quedan muchos no menos sobresalientes, entre los que podemos mencionar la fundación de los Archivos Latino-americanos de Pediatría hace cerca de cincuenta años, la fundación de la Sociedad de Pediatría de Montevideo hace cuarenta, la fundamental colaboración en la formación del Código del Niño hace veintidós años, que han sido base y baluarte de la pediatría en América. Espíritu de privilegio, no descuida durante todo el ejercicio de su vida profesional una intensa y continuada labor docente.

Esta elevación espiritual que pudo reunir en una sola persona el acabado perfil del sociólogo, el pediatra, el maestro, y que al decir del Dr. Víctor Escardó y Anaya, pudo hacer de los sueños de un centro de estudios y encuestas para formar la documentación más completa del niño americano la más palpable realidad: El Instituto Interamericano de Protección a la Infancia. Merece con justicia el nombre y título de "Patriarca de la Pediatría Latino-Americana" que le diera hace muchos años su viejo compañero el Sr. Profesor Argentino, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, actual Presidente del Consejo Directivo del Instituto.

El nueve de Julio de 1935 no marca para este Uruguay ilustre sino el paso de su existencia física hacia su permanente e intemporal existencia; su presencia está en cada uno de los establecimientos e instituciones que cuidan de la niñez. El Código del Niño y el Consejo del Niño, que con el Sr. Dr. Roberto Berro fundaran y dieran vigencia, desde hace más de veinte años, y en el Instituto donde el Dr. Berro continúa siendo su inteligente y acertado Director, sigue esparciendo su bienhechora acción y sus resultados favorecen positivamente a la Infancia Uruguaya y envían sus luces a todas las tierras de América.

Frente a su monumento material, cabe pues pensar en otro

monumento de más alto valor constituido por su obra, su trabajo y su fecundo esfuerzo para la salud y el bienestar de la niñez. Al reafirmar nuestra fe en el digno y feliz destino del Hombre Americano, tenemos que ligarlo de manera indudable en el destino de la infancia, núcleo del hogar y raíz en la comunidad en que el hombre se desenvuelve y esa salvaguarda de la infancia tiene a Morquío entre sus pioneros de la pediatría en América.

Es portadora mi voz, del pensamiento y la intención de una nueva generación que proviene de los países americanos. Hemos tratado de recoger un poco de la cosecha, y nos llevamos la semilla de la inquietud, la experiencia y la enseñanza que tienen en Morquío su punto de partida, para esparcirla con la generosidad que él deseara, por todos los rincones del continente. Por ello, para poner como una dulce sombra de protección ante la cuna del niño americano y en su nombre, venimos ahora emocionada y respetuosamente a depositar como una ofrenda, estas palabras de nuestro reconocimiento.

He dicho".

El Dr. Roberto Berro, en breves frases, contestó los hermosos y justicieros concepto del Dr. Rivadeneyra, abundando en palabras que enaltecían la memoria del ilustre maestro y agradeciendo tan cordial y simpático homenaje.

Acto de clausura

Se realizó el día 13 de mayo en la sede del INSTITUTO. Reunidos todos los becarios, con los cuatro Coordinadores y varios profesores, ocupando la Mesa los tres Directores del Seminario, el Director General, Dr. Roberto Berro dirigió la palabra a los becarios, felicitándolos por el desarrollo del Seminario, por su asiduidad y por los eficientes cambios de ideas a que las distintas visitas y estudios habían dado lugar. Expresó que creía que el Seminario en su Tercer Curso había realizado un hermoso contacto panamericano y que esperaba de estos dos meses de estudios y de los Seminarios Nacionales que iban a realizarse, los más proficuos resultados para bien de la niñez americana. Puso de manifiesto que es un placer para él expresar su agradecimiento a la Sra. Elisabeth Shirley Enochs, que es la verdadera autora de los Seminarios, quien presentó este proyecto ante el Consejo Económico y Social de la O.E.A. que tan excelentes resultados ha reportado a la niñez de América. El hecho de encontrarse en Montevideo la Sra. Enochs que dictó una clase en el Seminario es una oportunidad que el Director General desea destacar.

A continuación, cada becario se acercó a la Mesa, entregando al Director Ejecutivo Dr. Víctor Escardó y Anaya el trabajo que había realizado y de que se da nómina más abajo, recibiendo el di-

ploma correspondiente de manos del Dr. Roberto Berro y el volumen "Resúmenes" ofrecido por el Prof. Emilio Fournié, Director de Información y Estudio.

El pergamino entregado por los becarios

Terminada la entrega de los diplomas, el Dr. Guido Rodríguez Alcalá, becario del Paraguay, entregó al Director General un pergamino ofrecido por los becarios, que luce el mapa de América, resaltando los países de donde han venido becarios este año, pronunciando las siguientes palabras:

"Sr. Director General del Seminario,
Sr. Director Ejecutivo,
Sr. Director de Información y Estudio:

Hemos llegado al final de nuestra jornada. En vísperas de separarnos los que hemos convivido durante dos meses, el tiempo transcurrido nos parece brevísimo en el milagro de la comprensión y de la simpatía. Un recuerdo —que resplandecerá como una gema magnífica en nuestra vida— queda prendido en nuestro espíritu con el prestigio perenne de las horas vividas en plenitud de felicidad.

¿Y cómo no ha de ser así? Por un lado hemos compartido tareas con hombres cuya proximidad es a la vez honra y placer, porque en sus personalidades se aúnan el saber adocrinante y la distinción espiritual.

Maestros signados ya por la fama han acogido benévolamente nuestra curiosidad de saber, y nos han alentado con su palabra y con su ejemplo —luz aquélla y fuerza éste— y nos han hecho sentir, avivada por el soplo generoso de su estímulo el amor que nos llevó a alistarnos en la causa del niño. Los profesores ilustres cuyas clases escuchamos, el Dr. Berro, el Dr. Escardó, el Prof. Fournié dentro del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia ¿no justifican acaso la emoción de reconocimiento y de admiración con que los dejé señalados?

Por otro lado hemos tenido el privilegio de ser huéspedes de una sociedad cuya refinada cultura y señorial hospitalidad son tradición magnífica del Río de la Plata, y cuya más perfecta cristalización encontramos en el hogar ejemplar de nuestro Director Ejecutivo el Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Esto lo sabemos bien y hondamente lo sentimos los paraguayos, para quienes Montevideo ha sido siempre dispensadora inagotable de gentilezas y afectos, completando la analogía etimológica de los dos gentilicios, que nos hace sentirnos como en nuestra tierra comunera; en esta tierra de Artigas que un día sintió retumbar el ímpetu civilizador de nuestro Hernandarias de Saavedra.

¡Con cuánta efusión hemos de pregonar a nuestra vuelta el edificante cuadro de la vida uruguaya, encendida en todas las luces del progreso, y estremecida por todas las vibraciones de un espíritu cívico que es majestad señera en nuestro continente! ¿Cómo concretar en este momento la impresión que nos produjo el altísimo nivel alcanzado por la pediatría, cuyas realizaciones son blasón de la ciencia consagrada a la conservación y defensa del niño?

Señores: Volveremos a nuestros países con la retina iluminada por la visión magnífica del acontecer progresista de esta tierra ilustre, por el valer de sus hombres, la hermosura de su naturaleza, cantada a todas horas por la sinfonía de las olas del río legendario, que ponen como ruedo de espumas vaporosas en los contornos elegantes de sus playas.

Y por último vaya nuestra gratitud a la Organización de los Estados Americanos que materializó nuestra venida y al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que ha organizado este Seminario deparándonos la coyuntura de reunirnos para discutir los problemas de nuestra especialidad.

En prueba de nuestro agradecimiento, pongo en manos del Sr. Director General este pergamino, expresión de nuestro afecto y de nuestra gratitud.

He dicho".

El pergamino dice así:

Los becarios del TERCER SEMINARIO DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE PROTECCION A LA INFANCIA, como expresión de gratitud y simpatía al INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA.

Montevideo, mayo de 1954.

De la Organización de los Estados Americanos: por Bolivia, Dr. Luis Montaña Roldán; por Brasil, Dr. Randoval Montenegro; por Puerto Rico, Estados Unidos, Sra. Selenia Ponce de León de Pratts; por México, Dr. Pablo Rivadeneyra; por Paraguay, Dr. Miguel Angel Morra y Dr. Guido Rodríguez Alcalá; por Uruguay, Dr. Basilio Pozzi Minvielle y Srta. Zulema Rodríguez Pacios.

De las Naciones Unidas: por Costa Rica, Dra. María Eugenia Vargas Solera; por Ecuador, Srtas. Carmen Vallejo Mera y María Eugenia Baquero Andrade.

De el Gobierno de Paraguay: Prof. Ofelia Alfonso Balzarini y Dra. Blanca Zuccolillo de Rodríguez Alcalá. De la A.U.P.I.: Srta. Leyla Otero. Del I.C.P. Srta. Vera Rosa Holz.

La nueva sede del INSTITUTO

Como inmediatamente de terminado el Seminario el INSTITUTO se trasladará a su nueva sede propia, en la Avda. 8 de Octubre 2882, casa que ya ha sido adquirida por el INSTITUTO, los becarios fueron invitados a visitar la nueva sede, en la que pudieron apreciar las ventajas que reportará, permitiendo una mayor amplitud en todas sus secciones. A la visita, concurrieron también varios miembros del Consejo Directivo, junto con las autoridades del Seminario, los Coordinadores y algunos profesores.

El almuerzo de clausura

En el Club de Golf se realizó a mediodía del jueves 13 de mayo el almuerzo de clausura que el INSTITUTO hizo coincidir con el almuerzo que el Consejo Directivo realiza después de su reunión anual. Asistieron a él miembros del Consejo Directivo, los Directores del Seminario, los Coordinadores y los becarios, en un acto de franca camaradería, terminado el cual se despidieron los becarios, que en su mayoría emprendieron enseguida viaje de regreso a sus países.

Características del Tercer Curso

Aunque siguiendo las líneas generales de los anteriores este tercer curso ha tenido características especiales. En primer lugar, la ordenación de las materias tratadas en las dos primeras semanas que presentaron los medios de acción general que actuando sobre la familia y la situación económico-social del país, han mejorado las condiciones y ejercido por así decirlo una profilaxis de muchos problemas de la infancia.

En segundo lugar, aun cuando en los dos cursos anteriores se dió importancia a los problemas rurales de la niñez, en éste con una serie de salidas al interior, se pudieron conocer las zonas agrícolas y pecuarias de nuestro país apreciando la forma de vida de la niñez campesina.

En tercer lugar, el nombramiento de los cuatro Coordinadores Médico, Jurídico, Pedagógico y Social, ha permitido a los becarios, de acuerdo con sus preferencias o intereses, poder, al mismo tiempo que seguir el curso, ponerse más en contacto con disciplinas determinadas.

Los becarios de este año constituyeron un conjunto homogéneo que cooperó en forma continua en todo el programa, debiendo elogiarse su asiduidad e interés por todos y cada uno de los temas que se iban estudiando.

Las monografías

Como en años anteriores, cada becario debía presentar al terminar el Seminario una monografía sobre un tema determinado. Los temas de este año fueron los siguientes:

Bolivia. — Protección social a la infancia. Su proyección al indio. Por el Dr. Luis Montañó Roldán.

Brasil. — Do elemento previsão na criação de pequenas maternidades de interior. Por el Dr. Randoval Montenegro.

Estados Unidos de América - Puerto Rico. — La protección del niño uruguayo en su familia biológica. Por la Sra. Selenia Ponce de León de Pratts.

México. — La protección integral de la salud en el Uruguay a través de unidades sanitarias departamentales. Por el Dr. Pablo Rivadeneyra.

Paraguay. — La protección a los niños de primera infancia por las casas cunas. Por el Dr. Miguel Angel Morra.

Paraguay. — Aspectos de la higiene escolar. Por el Dr. Guido Rodríguez Alcalá.

Uruguay. — Refectorio materno infantil y gota de leche de Pando. por el Dr. Basilio Pozzi Minvielle.

Uruguay. — Papel de la asistente social de la División Higiene. Servicio de Sanidad Escolar. Consejo del Niño. Por la Srta. Zulema Rodríguez Pacios.

Costa Rica. — Bases para la creación de un Consejo Tutelar de Menores en Costa Rica. Por la Dra. María Eugenia Vargas Solera.

Ecuador. — Concepto sobre servicio social. La visitadora social en el Ecuador. Por la Srta. María Eugenia Baquero A.

Ecuador. — Importancia de la intervención del servicio social en la colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva. Por la Srta. Carmen Vallejo Mera.

Paraguay. — Posible creación de clases diferenciales en el Paraguay. Por la Profa. Ofelia Alfonso Balzarini.

Paraguay. — Recuperación social del menor abandonado. Por la Dra. Blanca Zucolillo de Rodríguez Alcalá.

Uruguay. — La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia. 30 años de auténtica obra social. Por la Srta. Leyla V. Otero.

Uruguay. — La visitadora social, el hospital y la niñez. Por la Srta. Vera H. Holz.

Seminarios Nacionales y Equipos Técnicos

El plan general de estos Seminarios, de los que acaba de realizarse el Tercer Curso, consta de dos partes. Una realizada en Montevideo y en las zonas rurales del interior del Uruguay, con

su enseñanza propia y la preparación de las monografías de que da cuenta esta crónica. La segunda parte tiende a irradiar a los distintos países de donde han venido becarios de la Organización de los Estados Americanos, esas enseñanzas; promoviendo Seminarios Nacionales que tienen lugar en cada una de esas repúblicas. En 1952 y 1953 hubieron catorce Seminarios Nacionales, siete en cada año.

Estos Seminarios de 1954 estarán dirigidos por el Delegado Técnico del país ante el INSTITUTO con la colaboración del becario que asistió al Seminario. El INSTITUTO envía un Equipo Técnico.

A México y Puerto Rico concurrirá un Equipo Técnico presidido por el Dr. Víctor Escardó y Anaya, pediatra uruguayo, Director Ejecutivo del Seminario; el Dr. Carlos H. Páez, abogado ecuatoriano, miembro del Tribunal de Menores de Quito, y la Dra. Elena Mederos de González, asistente social cubana.

A Paraguay y Brasil, el Equipo Técnico va presidido por el Dr. José P. Achard, abogado uruguayo, ex-Juez de Menores; el Dr. Espíritu Santos Mendoza, pediatra venezolano, ex-Presidente del Consejo Venezolano del Niño y la Srta. María Rosario Araóz, Directora de la Escuela de Servicio Social de Lima, Perú.

A Bolivia el Equipo Técnico lo preside el Dr. Luis M. Petrillo, pediatra uruguayo, ex-Director de la División Higiene del Consejo del Niño, el Dr. Jorge Alvarez Olloniego, abogado uruguayo y la Srta. Adela Freire Muñoz, asistente social uruguaya, Jefe del Servicio Social Técnico del Consejo del Niño.

Con estos Seminarios Nacionales queda terminado este programa, que ha durado tres años.

V. E. A.

Recomendaciones del Seminario deducidas de las Enseñanzas impartidas en él

I — ASPECTOS DE ORDEN GENERAL

1. En relación con la Seguridad Social de la Infancia en el Uruguay:

El niño y la familia deben ser preocupación fundamental de todo plan de "seguridad social". La unificación de los sistemas y servicios nacionales de "seguridad social" es una condición de mayor eficiencia y mejor contralor de las prestaciones ofrecidas.

2. En relación con el Código del Niño:

- a) El Código del Niño, reuniendo en una sola legislación todo lo referente a los menores, ha representado una conquista social eficiente.

- b) Se considera conveniente que en la legislación integral de

la protección a la infancia se establezcan dos secciones: una, la Carta Orgánica de la institución de protección a la infancia; y otra, la parte jurídica que constituiría el "Código" propiamente dicho.

3. En relación con el Consejo del Niño:

- a) Que se mantenga la integridad de un organismo central, en tal forma que no se destruya la unidad que ha regido y que debe regir el mecanismo total de protección a la madre y al niño hasta la mayoría de edad.
- b) Que se mantenga también la coordinación con todos los organismos públicos y privados de protección al niño y que se prosigan todos los esfuerzos con el objeto de consolidar esa coordinación y ampliarla en la mejor forma posible.

4. En relación con la organización de la División Primera Infancia:

- a) Que en todos los países se aumente el número de servicios materno-infantiles y principalmente en las zonas rurales, de acuerdo a su población infantil.
- b) Que hay absoluta necesidad de dotar a dichos servicios de asistentes sociales suficientes y capacitadas.

5. En relación con la Educación Sanitaria del niño:

- a) Intensificar la educación sanitaria (higiénica) de padres, maestros y niños, utilizando todos los medios educativos que sean necesarios.
- b) Hacer que el mayor número de niños goce de las ventajas del examen médico periódico y la corrección de los defectos encontrados.

6. En relación con el Servicio Social:

La importancia creciente de la asistencia social aconseja la creación de Escuelas de Servicio Social en los países donde no existieran, destinadas a la preparación técnica del personal encargado de;

- a) asistencia social materno-infantil, escolar, liceal y profesional;
- b) asistencia del hogar necesitado y especialmente en el área rural;
- c) asistencia en la reeducación de la niñez de conducta irregular y en la prevención de la delincuencia juvenil.

7. En relación con la Enseñanza Primaria y Secundaria:

Debe darse a la enseñanza, en el Uruguay como en otros países hermanos de América, su máxima importancia; como base de cultura, formación de Nación, conciencia de los derechos humanos, sentido razonado de la libertad.

Las enseñanzas deben estar íntimamente relacionadas, de modo que la primera prepare eficientemente al niño para cur-

sar los estudios en la secundaria y en la técnica o del trabajo, y entre éstas se establezca una equivalencia mayor en los programas de enseñanza, por la intensificación de las prácticas y experiencias en la primera y de los conocimientos intelectualistas en la última.

8. En relación con la Enseñanza Industrial:

Dada la importancia que tiene la enseñanza industrial para preparar ciudadanos capacitados para el trabajo, es menester incrementar en todas las naciones dichas escuelas, elevando el concepto del valor del trabajo que lleva al hombre a ser un colaborador eficiente y digno de la patria, tanto en el orden industrial como en el agrario.

9. En relación con el niño en el ambiente rural:

Las actividades de las escuelas rurales deben ser programadas de acuerdo con las condiciones que impone la vida del campo, pero sin apartarse del anhelo de que el niño del medio rural se desarrolle en un ambiente integral.

La escuela rural ha de tener como fin primordial dar al niño campesino las condiciones de vida elementales, para que ese desarrollo integral sea posible en el ambiente rural, en la práctica del diario vivir.

La escuela rural debe ser factor de cultura popular y elemento indispensable para la transformación del medio.

10. En relación con las Asignaciones Familiares:

- a) Debe tenderse a que dicho beneficio sea universal, es decir, que proteja a los hijos de todos los trabajadores, cualquiera sea la actividad que desarrollan, y que igualmente se extienda a los hijos de los desocupados forzosos.
- b) El monto de la asignación debe guardar una razonable relación con el costo de la vida, protegiendo además, especialmente, a las familias legítimas de numerosa prole.

11. En relación con la Educación Física:

- a) La educación física debe integrar en unidad, todos los planes de enseñanza y educación primarios y post-primarios, considerando la perfecta formación: hombre.
- b) La educación física de los establecimientos de enseñanza secundaria, en los de enseñanza industrial y técnica y en los institutos normales, debe enfocarse teniendo en cuenta las directivas indicadas e imprescindibles para caso especial.

12. En relación con el empleo de las horas libres; recreación:

- a) Se debe realizar un proceso educacional en torno al uso del tiempo libre y desarrollar un sistema de centros de recreación, en el más alto sentido, que den amplísima oportunidad de satisfacer, a un tiempo, la necesidad bio-

psíquica que crean los naturales impulsos lúdicos y la de llenar, con actividades positivas, las horas libres.

- b) Tales centros deberán cumplir vastos programas que contemplen las más variadas formas de recreación motora, sensorial e intelectual, incluyendo principalmente los deportes y juegos, actividades de destreza manual, actividades de expresión dramática (danzas, representación escénica, canto, música, etc.), certámenes literarios y artísticos, conferencias, etc., creando, asimismo, centros de interés colectivos, y facilitando la integración de los individuos en la comunidad.

II — PROTECCION SOCIAL DE LA INFANCIA

13. En relación con la familia y su organización:

- a) Deben establecerse primas de maternidad a aquellas madres que permanezcan dedicadas a las labores domésticas o que trabajen solamente a domicilio.
- b) Debe establecerse el seguro de maternidad.
- c) Cabría organizar un servicio de asistencia social doméstica, transitorio, de los menores, en caso de alumbramiento de la madre.
- d) Los servicios del Registro de Estado Civil —por su carácter de orden público— deben ser completamente gratuitos, penándose con prisión las omisiones.

14. En relación con la Colocación Familiar, Adopción y Legitimación adoptiva:

- a) El niño debe ser engendrado en un hogar estable dentro de una familia organizada y vivir y desarrollarse en esa familia.
- b) Debe estimularse en todos los países la preocupación familiar en la legislación, como el medio mejor de proteger a la familia en su más amplio sentido.
- c) El abandono del niño debe ser ante todo prevenido. Pero si se ha producido, debe buscarse el mayor bien del menor, llevándolo a otra familia. La colocación familiar, previo estudio completo del menor y de la familia, debe ser preferida a cualquier otro método de protección.
- d) La adopción debe facilitarse, orientándosela no en el sentido de resolución de un problema afectivo de los padres, sino del mayor bien del menor.
- e) Debe recomendarse el estudio de la legitimación adoptiva dentro de las legislaciones de los distintos países, como meta para la solución del problema del niño abandonado.

15. En relación con la Protección de la Familia y del Niño:

- a) Conviene sobremanera intensificar todo lo posible la educación del carácter de los niños en todos los centros de enseñanza.
- b) Es altamente aconsejable el estudio psicotécnico de todos los educandos, para orientar —de acuerdo con las necesidades del país y sus condiciones personales— la elección de profesión o trabajo, y averiguar para encauzar debidamente su formación, sus taras psíquicas o deficiencias antisociales.
- c) Debe procurarse evitar, mediante la creación de organismos técnicos especializados —tribunales familiares y servicio social— la disolución de la familia por el divorcio y la desertión del hogar.
- d) Habría conveniencia en unificar los seguros que cubren los diferentes riesgos, instituyendo el Seguro Social integral, el cual incluirá todos los aspectos no contemplados hasta la fecha.

III — EL NIÑO Y LA ESCUELA

16. En relación con los Preescolares:

- a) Dada la importancia que la educación preescolar tiene para el desarrollo de la vida futura del niño, es necesaria la creación, a medida que los medios lo permitan, de mayor número de instituciones para preescolares.
- b) Se recomienda, dado los eficaces resultados obtenidos en los Jardines de Infantes del Consejo del Niño del Uruguay, para cumplir con el cometido social que se propone, que además de contar en todas las instituciones de la misma naturaleza, con una Comisión de Fomento, se creen Asociaciones o Clubes de Padres.
- c) Debe intensificarse la vinculación entre los padres y maestros ya que ello redundará en un bien para la infancia.

17. En relación con el Cine y la Radio en la Enseñanza:

Ratificar en general todas y cada una de las conclusiones aprobadas en el Seminario Interamericano de Educación Primaria (Montevideo, 1950) y Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia (Montevideo, 1952).

18. En relación con la Enseñanza Especial:

- a) Intensificar el estudio psíquico y físico de los niños, a efecto de orientar adecuadamente a aquéllos diagnosticados como excepcionales y atenderlos desde temprana edad. Con ese objeto, deben establecerse Escuelas Especiales con régimen de semi-internado, como el más aconsejable.
- b) Los maestros que se dediquen a la enseñanza especial,

deben realizar cursos de especialización, pasando previamente por exámenes de aptitud y de personalidad.

19. En relación con el problema de los Sordomudos:

- a) Que en todos los países se encare el problema de la educación del sordomudo, procurando el mayor beneficio para él y para la sociedad.
- b) Que la habilitación del sordomudo para la vida social se procure con la enseñanza impartida por el método oral y con su capacitación para el trabajo útil y productivo.
- c) Que se estimen en su justo valor los vestigios auditivos que el examen audiométrico evidencie en el sordomudo, recurriendo a los modernos métodos de otoamplifonos y microfónicos para llegar, cuando es posible, a la percepción de la palabra y mejorar su emisión.

IV — LEGISLACION Y TRABAJO

20. En relación con la protección jurídica y el trabajo de los menores:

- a) Necesidad de preocuparse más activamente del menor personalmente responsable —mayor de dieciocho años— instituyendo un régimen reeducativo adecuado.
- b) Conveniencia de establecer tribunales familiares que se encarguen de todos los problemas jurisdiccionales referentes al divorcio y separación de cuerpos, de estado civil, patria potestad, paternidad y filiación, los cuales estarán ayudados en sus tareas por departamentos de servicio social.
- c) Imprescindible necesidad de crear tribunales de alzada, especializados para entender en todos los problemas relacionados con el menor o la familia.
- d) Procedencia de estatuir el régimen de señalamiento de pensiones alimenticias provisionarias en todos los juicios de alimentos.
- e) Conseguir una interrelación entre el taller y la escuela laboral, por medio de la aceptación de aprendices remunerados en talleres cooperativos anexos.
- f) Exigencia de especialización en los técnicos encargados de examinar a los obreros menores para la declaración de habilitación para el trabajo.

V — PROTECCION MEDICA DEL NIÑO

21. En relación con el problema perinatal del niño:

- a) Debe procurarse el conocimiento lo más exacto posible de las tasas de mortalidad perinatal.

- b) Y lo mismo el desarrollo más extenso y efectivo de una buena asistencia alimentaria y médico social de la embarazada, mediante la multiplicación de los consultorios prenatales y de salas para maternidad y asistencia de prematuros, cuya profilaxis debe ser motivo de especial preocupación.

22. En relación con la Prevención y Defensa Social contra la Tuberculosis:

- a) El B.C.G. es actualmente el único medio que ha demostrado acabadamente su eficacia.
- b) El empleo del B.C.G. como medio de lucha antituberculosa no invalida los otros medios profilácticos individuales y sociales, sino que por el contrario, deben ser todos utilizados en conjunto.
- c) Conviene destacar la obra extraordinaria de profilaxis antituberculosa realizada en el Uruguay por la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa tanto en el terreno profiláctico como en el asistencial, que ha dado tan eficientes resultados.

23. En relación con los Problemas del Niño Lisiado:

Los lisiados físicos plantean problemas sobreagregados de naturaleza psicoafectiva, vocacional y laboral, los que exigen una acción terapéutica especializada y completa. La ortopedia, la fisioterapia, la psicología, la pedagogía, la terapéutica por el trabajo, etc., deben cooperar a esa acción terapéutica.

La atención del lisiado debe comenzarse desde la más temprana edad y extenderla al domicilio u hospitales para los niños que no puedan concurrir a la escuela especializada. Asimismo es necesaria la creación de centros de recuperación en las ciudades del interior del país y la promulgación de leyes que amparen al lisiado.

24. En relación con la Higiene Mental:

- a) Que se propenda a difundir los conceptos de la higiene mental a los fines de prevenir las enfermedades y trastornos psíquicos; corregir y encauzar tempranas tendencias de anomalías en el niño y completar todos los aspectos de la higiene mental infantil; cooperar en el hogar y la escuela por medio de las clínicas de higiene mental, de la educación y la asistencia social.
- b) Que se fomente el funcionamiento de clases especiales destinadas a los niños que por motivos diversos no se encuentran en condiciones de asistir a las clases comunes, en el mayor número posible de escuelas primarias, a los fines de que ningún niño considerado escolarizable pueda quedar sin instrucción.

25. En relación con la Protección Alimentaria del Menor:

La protección alimentaria de los menores debe basarse en las necesidades nutricionales peculiares de la edad infantil, en la vulnerabilidad alimentaria del menor y en la importancia que tiene el volumen de la población infantil. Esta protección comprende el mejoramiento de las condiciones de la alimentación popular en general, la distribución gratuita de alimentos a diversos sectores de la población infantil necesitada y a las mujeres embarazadas y en la educación alimentaria popular.

26. En relación con los problemas estadísticos:

Es necesario incrementar y perfeccionar en todos los países del continente americano, la bioestadística, como medio de llegar a un conocimiento más perfecto de los problemas del niño.

VI — OTROS ASPECTOS DE LA PROTECCION A LA INFANCIA

27. En relación con la obra privada:

La protección privada debe estar coordinada con la protección del Estado, en las obras dedicadas a tutelar la salud física y moral y el desarrollo intelectual de los niños.

28. En relación con los campamentos escolares:

Es menester, por razones biológicas, higiénicas y sociales, incrementar la realización de campamentos y colonias de vacaciones que permitan que los niños de las ciudades estén atendidos durante este período en su alimentación y en su cuidado físico y moral, lo mismo que la rotación o desplazamiento de niños de los distintos medios del país a otros.

29. En relación con los clubes de niños:

- a) Recomendar la fundación de los Clubes de Niños con el objeto de despertar en la infancia el espíritu de unión, de trabajo y de formación espiritual y moral.
 - b) Recomendar que se realice una vigilancia médica continuada para proteger la salud del niño rural, tratando de mejorar el ambiente en que actúa, e instruyendo adecuadamente a los maestros, padres y niños sobre los problemas que plantea el cuidado de la salud.
-

Conferencias y Congresos

X CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Panamá, 10 al 15 de enero de 1955

Como ya anunciamos anteriormente la Junta Organizadora del X Congreso Panamericano del Niño fijó en definitiva, la fecha del 10 al 15 de enero de 1955, para la celebración del certamen.

Por intermedio de las autoridades competentes se invitó a los Gobiernos de los países americanos para que tomen participación en el referido Congreso designando delegados oficiales, así como que se constituya en cada país un Comité Nacional que organice la colaboración científica remitiendo trabajos sobre los temas oficiales, recomendados o libres.

Es probable que en el NOTICARIO N° 94, correspondiente al mes de julio próximo, podamos dar a conocer el Reglamento y temario del Congreso, actualmente a consideración de la Junta Organizadora para completar el programa.

II CONGRESO NACIONAL DEL NIÑO

San Salvador, El Salvador. 22-27 de junio, 1954

De acuerdo a lo que sucesivamente fuimos dando información en nuestro NOTICARIO, se realizó en la ciudad de San Salvador, del 22 al 27 de junio de 1953, el II Congreso Nacional del Niño.

Las Recomendaciones, que publicaremos oportunamente, fueron las siguientes: Educación especial para deficientes psíquicos y físicos, por la Dra. Salvadora Tijerino Rizo. Por una Escuela de Recuperación Pedagógica, por el Prof. Julio Bautista Mejía. Legislación escolar, por el Prof. Víctor Daniel Rubio. Música infantil, por los Profs. Miguel Angel Calderón y Rigoberto Solano Ayala. Necesidad e importancia de la educación especial de niños anormales mentales, por la Profa. María de Jesús Hernández y Hernández. Educación higiénica escolar, por el Dr. Manuel Zúñiga Idiáquez y Profa. Nelly Carrillo. Edificios escolares, por la Asociación de Educadoras Salvadoreñas. El hogar y la escuela, por las Profas. Antonio Portillo de Galindo y Angélica Vidal de Najarro y Dr. Alberto W. Stahel. Influencia del cine, la radio y el periódico, en la formación de la niñez, por los Dres. Francantonio Porta y José Bruin. Educación de los deficientes físicos y psíquicos, por el Prof. Carlos Monterrosa.

En el t3pico b3sico: Bienestar social de la infancia, se presentaron recomendaciones sobre los siguientes temas: Ayuda internacional para bienestar del ni1o, por el Dr. Herbert A. Hudgins. Importancia y necesidad de Cl3nicas de Higiene Materno-Infantiles para la protecci3n del infante, por el Consejo de Salubridad de Santa Ana. La mendicidad, por la Profa. Hilda Otilia Navas de Rodr3guez. Planeamiento de un Centro de Rehabilitaci3n para lisiados en la Rep3blica de El Salvador, por el Dr. R3mulo E. Colindres. Guarder3as infantiles, por Prud Ben3fico Femenino Central. La estadística y su relaci3n con la protecci3n de la infancia, por el Ing. Alvaro Aldama C. La vivienda, por el Ing. Armando Ch3vez Viaud. La familia, por el Dr. Herm3genes Alvarado hijo. Colocaci3n familiar y adopci3n, por la Dra. Elena R. Porrata. El trabajo callejero y su repercusi3n en la ni1ez, por el Prof. Jos3 Esteban Ibarra y el Dr. Jorge Villalta.

En el t3pico b3sico: Salud, las recomendaciones fueron las que siguen a continuaci3n: Recomendaciones de la Comisi3n sobre Salud, por los Dres. Andr3s Gonzalo Funes, Guillermo Guill3n Alvarez, Roberto Sapriza Villalta, Carlos D3az del Pinal y Manuel Adriano Vilanova. Profilaxis de las enfermedades infecciosas, por el Dr. Carlos D3az del Pinal.

En el t3pico b3sico: Legislaci3n, hubieron las recomendaciones que siguen: El delito de abandono de familia y el abandono como fen3meno jur3dico y como fen3meno social, por los Dres. H3ctor Enrique Jim3nez y Manuel Castro Ram3rez, hijo. Problemas nacionales del ni1o en la industria, por el Ministerio del Trabajo. La maternidad y el seguro social, por don Miguel Angel Gallardo. El C3digo del Ni1o, por el Dr. Julio Alberto Dom3nguez S.

En el t3pico b3sico: Problemas espec3ficos del ni1o rural, las recomendaciones que se hicieron fueron: El ni1o rural y la escuela rural, por el Prof. Daniel Navea Acevedo.

En el t3pico b3sico: Temas libres, las recomendaciones fueron: Anteproyecto para la organizaci3n de un Centro ben3fico que se denomine "Segundo Hogar...", por la Profa. Salvadora M. de Marroqu3n. Hacia la coordinaci3n de actividades en favor de la infancia de todas las instituciones del pa3s, por la Asociaci3n Nacional Pro-Infancia y Educaci3n del ni1o en la primera y en la segunda infancia, con la ayuda de la higiene mental, por Lola de L3pez.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE JUECES DE MENORES

Bruselas, B3lgica. 16 - 19 de julio de 1954

Del 16 al 19 de julio, se llevar3 a cabo el IV Congreso Internacional de Jueces de Menores, organizado por la Asociaci3n Inter-

nacional de Jueces de Menores (A.I.J.E.), en el Palacio de Justicia en Bruselas, bajo el patronato del Gobierno belga y del Ministro de Justicia.

En la Primera Sección, de la que será relator general, M. Dudley F. Sicher, se tratarán esencialmente los problemas generales de la legislación infantil; la segunda, en la que será relator general M. Cotxet de Andreis, se consagrará a las relaciones entre el niño y sus padres; en la tercera, que tendrá como relatora general a Mlle. Hudig, se dedicarán a reexaminar los problemas relativos al niño y la sociedad, y en la última sección, cuya relatora será Mlle. M. T. Motte, el trabajo se referirá a un aspecto particular de los diversos problemas de la protección de la juventud.

II CONGRESO IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Río de Janeiro, Brasil. 3 - 15 de setiembre de 1954

Superadas las circunstancias de organización que obligaron a un aplazamiento de la fecha inicialmente fijada, el II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social se realizará definitivamente en Río de Janeiro, del 3 al 15 de setiembre próximo, según oficialmente han comunicado las autoridades brasileñas a todos los países iberoamericanos.

Será el segundo jalón de una fructífera etapa de relaciones, contactos e intercambios entre instituciones, técnicos y expertos de Seguridad Social.

Los trabajos que en forma de ponencias o comunicaciones se presenten al II Congreso Iberoamericano de Seguridad Social deberán versar sobre los siguientes temas, fijados en la convocatoria del mismo: A) **Experiencias.** 1. Fórmulas y resultados logrados en la aplicación de los Seguros Sociales aplicados al campo. 2. Sistemas de financiación de la Seguridad Social y sus resultados. 3. Problemas y soluciones para la conservación de derechos de los trabajadores migrantes. B) **Enseñanza.** 1. Planes de enseñanza general de la Seguridad Social. 2. Sistemas para la formación profesional de técnicos. 3. Ensayos de terminología en lengua española y portuguesa. c) **Informaciones.**

II CONGRESO CENTRO AMERICANO DE PEDIATRIA

San Salvador, El Salvador. 9 - 13 de diciembre, 1954

Auspiciado por la Sociedad de Pediatría de El Salvador se realizará el II Congreso Centro Americano de Pediatría, del 9 al 13

de diciembre de 1954, en la ciudad de San Salvador, para lo cual cuenta con el decidido apoyo del Gobierno, que dará toda clase de facilidades y aportará suficientes recursos para dicha celebración.

El Comité Organizador, integrado por los Dres. A. Gómez Mira como Presidente, S. Hernández A. como Secretario General, G. Guillén Alvarez como Prosecretario, C. Pérez Coterá como Tesorero y Marco Tulio Magaña como Protesorero, se encuentra trabajando activamente desde el mes de enero próximo pasado y a la fecha se ha comunicado con todas las Sociedades de Pediatría, Universidades, Facultades de Medicina, Colegios Médicos y pediatras de Centro América y Panamá, habiendo obtenido contestaciones favorables de la gran mayoría.

La Sociedad de Pediatría de Costa Rica, ha sido la primera en seleccionar su tema oficial que versará sobre "Ankilostomiasis en el lactante".

III CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POLIOMIELITIS

Roma, Italia. 6-10 de setiembre de 1954

La III Conferencia Internacional de Poliomielitis se realizará en la Clínica Ortopédica de la Universidad de Roma, siendo patrocinadores de este certamen la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil (Estados Unidos de América), la Universidad de Roma (Italia), el Comisionado Superior de Higiene y Salud (Italia), el Consejo Nacional de Investigación (Italia) y la Fundación Nacional para la Maternidad y Protección al Niño (Italia).

El programa que se cumplirá es el siguiente: Aspectos sociales de la poliomielitis. Cuidado médico agudo en la poliomielitis. 1. Diagnóstico diferencial en la fase aguda. 2. Tratamiento sistemático en la etapa aguda. 3. Fisiología básica de la respiración. 4. Aspectos de la función respiratoria perturbada. 5. Discusión. Infección e inmunidad de la poliomielitis. 1. Patogenia y epidemiología de la poliomielitis. 2. Distribución de antibióticos para el virus de poliomielitis en la población general. 3. Inmunización pasiva. La influencia de la inmunización pasiva en la incidencia de poliomielitis. El efecto de la inmunización pasiva sobre la infección con virus poliomielíticos. 4. Inmunización activa con antígenos no infecciosos. 5. Inmunización activa con virus vivos avilurentos. Ortopedia. Métodos recientes de cirugía ortopédica en el tratamiento de la poliomielitis. Medicina física y rehabilitación. 1. Selección de métodos en la medicina física en poliomielitis. 2. Reeducación muscular y actividad funcional en la poliomielitis. 3. Rehabilitación práctica. Tendencias en la poliomielitis. La poliomielitis como un problema universal. Sumario: Microbiología e inmunización. Aspectos

clínicos de la poliomielitis. Medicina ortopédica y física. Aspectos sociales de la poliomielitis. Perspectivas futuras.

VI CONGRESO MUNDIAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL BIENESTAR DE LOS LISIADOS

La Haya (Scheveningen), Holanda. 13-17 de setiembre, 1954

Los Congresos Mundiales de la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados tienen lugar cada tres años. El programa técnico y profesional del VI Congreso Mundial incluirá temas relacionados a la organización de servicios para los lisiados, un panorama internacional de servicios de rehabilitación y otros tópicos de interés para los médicos, terapeutas, trabajadores sociales, nurses, maestros, administradores y otros que se interesan por los problemas relacionados a la incapacidad física.

Personas de todas partes del mundo interesadas en los servicios para inhabilitados físicos se reunirán en La Haya, del 13 al 17 de setiembre; representantes de veintiseis organizaciones, que son miembros de la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados se espera que asistan al Congreso, así como representantes de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud, y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en los problemas de los lisiados.

El Congreso tendrá lugar bajo los auspicios conjuntos de la ISWC y la Sociedad Central de los Países Bajos para el Bienestar de los Lisiados, organización nacional afiliada, en Holanda, de la ISWC.

El programa se desarrollará con la realización de sesiones plenarios, demostraciones, discusiones de panel y reuniones especiales de análisis del desenvolvimiento en todo el mundo de los servicios para los lisiados y medios para adelantar tales servicios en los distintos campos: médico, social, educativo y vocacional.

Mr. J. M. Ravestloot, Presidente de la Sociedad de los países Bajos y alcalde de la ciudad de Almelo, ha sido designado Presidente del VI Congreso Mundial.

La Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados es una federación de organizaciones nacionales voluntarias que proporcionan servicios a los niños y adultos físicamente impedidos. Fundada en 1922, ha sido, durante muchos años, la organización más destacada en su tipo, en el campo internacional.

El programa de la Sociedad incluye todas las fases de la rehabilitación, de la prevención de la incapacidad, servicios médicos, educación, servicio social, terapia, recreación y empleo.

Los servicios de la Sociedad se extienden a las personas y

organizaciones en todas partes del mundo, tanto miembros como no miembros, que tienen a su cargo labores para beneficiar al impedido físico. La institución miembro afiliada, en los Estados Unidos de América, es la Sociedad Nacional para Niños y Adultos Lisiados, que tiene su sede en Chicago.

Libros y Revistas

American Academy of Pediatrics. — STANDARDS AND RECOMMENDATIONS FOR HOSPITAL CARE OF NEWBORN INFANTS FULL TERM AND PREMATURE. — U.S.A. 1954.

El primer manual, sobre reglas y recomendaciones sobre el cuidado hospitalario de los recién nacidos, apareció en 1943, editado por el Children's Bureau de Wáshington en colaboración con el Comité del Feto y del Recién Nacido de la Academia Americana de Pediatría. Más tarde, en 1947, la Academia lo revisó e hizo una nueva edición. Ellos contribuyeron en gran escala a mejorar el cuidado de los recién nacidos en los hospitales. A pesar de todo la Academia ha creído que todavía no han llegado a hacerse prácticas esas reglas y recomendaciones por lo que acaba de publicar una nueva edición revisada convenientemente. El material ha sido puesto al día con las últimas adquisiciones científicas. Se ha tenido en cuenta el hecho de que los hospitales varían mucho en tamaño, situación geográfica, preparación del personal y recursos financieros. No obstante que los principios básicos son los mismos, hay problemas distintos en los diversos tipos de hospitales.

El volumen actual ha sido preparado por el Comité del Feto y del Recién Nacido de la Academia. Se trata de un manual práctico y breve. Todo lo que no debe dejar de realizarse está en letra negrita. Los autores creen que nada de esto es una utopía irrealizable, sino que todo puede llevarse a la práctica, siendo esencial para la protección del niño.

El libro consta de dos partes y un apéndice. En la primera se establecen las responsabilidades de los médicos y de las enfermeras, las condiciones de los locales, se estudian las cocinas de leche, la atención general después del nacimiento, la preparación de la madre para el cuidado del niño en el hogar, los exámenes de salud del personal, la estada del niño junto a su madre (rooming-in).

La parte segunda se refiere a los prematuros. Este es siempre el niño que nace con 2.500 gramos o menos, de peso. Todo lo necesario para la sobrevivencia del prematuro es estudiado en la misma forma y presentado en idéntica manera.

El apéndice contiene una serie de sugerencias que si bien no son imprescindibles, sin embargo son de gran utilidad. Ellas se refieren a la identificación del recién nacido, a la organización interna de las maternidades y cunas en lo referente a niños normales y prematuros, presentando una serie de formularios que pue-

den ser usados por haber sido experimentados ampliamente. Las instrucciones que deben ser dadas a los padres a propósito de la alimentación siguen luego, lo mismo que una serie de planos para la instalación de servicios pequeños, medianos, grandes y muy grandes.

Cierta información básica debe ser obtenida en todos estos establecimientos; el libro presenta el plan para conseguir los datos y conservarlos en forma de tablas.

Como puede verse por la rápida enumeración que acabo de hacer, el manual es de gran utilidad, pues como fruto de la experiencia da a cada servicio, especialmente a los nuevos que se establezcan, todos los datos, informaciones y líneas de conducta que son necesarios.

Y no deja de ser un mérito la concisión y claridad con que todo está expuesto. Es de desear que este Manual a la brevedad posible sea traducido al español, al portugués y al francés para que tenga en América la difusión que merece.

Víctor Escardó y Anaya

Dr. León Michaux. EL NIÑO PERVERSO. Barcelona. Ed. Luis Miracle. 1953.

Este pequeño volumen —de la Biblioteca Práctica de Psicología y Psicopatología Infantiles, que dirige el Dr. G. Heuyer— consta de ciento dos páginas. Ha sido vertido al castellano por C. Mata Ros.

Estúdiense en primer término, las perversiones instintivas constitucionales, con sus manifestaciones en los instintos de conservación, de reproducción y de asociación. El autor hace notar que la evolución de las perversidades constitucionales se caracteriza por la precocidad y su incurabilidad. Estúdiase asimismo su asociación con otras anomalías psíquicas.

Después —en otro capítulo— las perversiones instintivas adquiridas: infecciosas, como la postencefálica, predemenciales, episódicas, de la sicosis maniaco depresiva, y especialmente las sico-genéticas. Examínase estas últimas en relación al medio familiar, escolar, profesional y social. Pasa en revista las diversas teorías: freudiana, adleriana y ecléctica. Sepáranse tales perversidades si-cogenéticas en reaccionales y condicionales, examinándolas en sus características clínicas y etiológicas.

El capítulo tercero está destinado al examen de las reacciones delictuosas del niño perverso: mentiras y simulación, fugas y vagancias, hurtos, incendios voluntarios, golpes y homicidio, y delitos sexuales.

El siguiente capítulo comprende lo relativo al diagnóstico de la perversidad infantil, el análisis semiológico, en las reacciones afectivas puras, sicoafectivas y afectivosomáticas, los tests de carácter, y el psicoanálisis.

Trata el capítulo quinto de la terapéutica, y el sexto del niño perverso ante la ley. Indica que los principios que inspiran a ésta son tres: primero, que el delito importa menos que el delincuente, debiendo examinarse a éste desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social; segundo, que los menores de edad inferior a dieciocho años no son responsables, y se les debe juzgar por tribunales especiales de menores; y, tercero, que la tarea de éstos no es la de castigar, sino proteger y orientar.

Finalmente se examina el problema filosófico del menor perverso.

La obra contiene amplia información, estando totalmente al día sobre la materia.

José Pedro Achard

Dr. Guy Nerón. — EL NIÑO VAGABUNDO. Barcelona. Ed. Luis Miracle. 1953.

Editado por Luis Miracle, y traducido del francés por F. Velasco, publicóse el año pasado la precitada obra, perteneciente a la Colección Práctica de Psicología y Psicopatología Infantiles, dirigida por el Dr. G. Heuyer.

Trátase de un pequeño volumen —de ciento quince páginas— dividido en catorce capítulos.

Luego de referirse a las principales definiciones acerca de la fuga y el vagabundeo infantiles, expresa el autor que, después de descubrir las fugas producidas en el curso de los estados de retraso intelectual y durante los trastornos del carácter, estudiará más especialmente las influencias del medio ambiente y las perturbaciones sociales de las que el niño puede ser víctima.

Analiza, a continuación, el vagabundeo producido por la esquizofrenia, posteriormente se refiere a las fugas de los epilépticos y los histéricos, las consecuencias a la encefalitis epidémica, el vagabundeo en los estados de retraso intelectual, las producidas en los hiperemotivos, en los imaginativos, en niños inestables, en aquellos de tendencias paranoicas y en los perversos.

Estudia más tarde, prolijamente, la influencia del medio y los trastornos sociales en la fuga y la vagancia, aportando interesantes interpretaciones estadísticas de varios autores sobre el particular.

Llamado a concretar su opinión expresa que, "en realidad, la fuga es frecuentemente para el niño una manera de protestar con-

tra el ambiente familiar, de saciar un deseo de aventura o de evitar un castigo; no tiene otra significación, pero, como todas las demás anomalías de la conducta, requiere una observación seria”.

Después de examinar los problemas del menor vagabundo desde el punto de vista legal, así como las estadísticas que arrojan al respecto algunos establecimientos franceses de corrección, dedícase a examinar lo relativo a la prevención y reeducación.

El libro contiene numerosas historias clínicas y una abundantísima bibliografía.

Aunque modestamente, su autor manifiesta que no pretende agotar el tema, demuestra en el desarrollo del mismo una magnífica versación.

José Pedro Achard

Ismael Rodríguez Bou. — EDUCACION DE ADULTOS. Puerto Rico. 1952. 366 págs.

Este volumen es el resultado de la labor de investigación, durante varios años, auspiciada por el Consejo Superior de Enseñanza de Puerto Rico, dirigida por el señor Ismael Rodríguez Bou, Secretario Permanente, con la colaboración de un destacado grupo de ocho profesores de aquel Consejo y del Departamento de Instrucción.

Es una obra muy completa donde se estudian a fondo los diversos aspectos de la Educación de Adultos, de tal modo que no es fácil dar a conocer en un breve análisis —como debe ser éste— todo lo importante que contiene cada uno de los 26 capítulos, donde si bien se consideran los diversos temas a través de lo realizado en Puerto Rico, se llega a conclusiones de aplicación general que bien pueden tomarse como norma para muchos países americanos, donde hace tiempo preocupa seriamente la educación popular.

La Primera Parte del libro está destinada a tratar **Orientaciones y Técnicas:** Filosofía de la educación de adultos, Principios psicológicos en la educación de adultos, Intereses de los adultos, Preparación de maestros, y como era de esperar, al tratar Métodos y Técnicas para la enseñanza, se trata con gran atención la enseñanza de la lectura y de la escritura, considerada en sus múltiples aspectos, sea para utilizarlas como instrumento de relación con los demás, o como medio para ampliar conocimientos. Es muy importante realizar la enseñanza de la lectura de manera que cree en el adulto el hábito de leer, despertando el placer por la buena lectura.

La Segunda Parte de la obra se refiere a la educación de adultos en Puerto Rico, mencionando la legislación relativa a la creación

de escuelas así como el número de escuelas, alumnos, maestros. Los recursos disponibles para los cursos de adultos han sufrido alternativas que se reflejaron en el número de escuelas y concurrencia de alumnos, llegando en el año 1949-50 a contar con 12675 inscriptos entre las escuelas para analfabetos, para grupos adelantados, y los de octavo grado; estos últimos se organizan a fin de preparar a los adultos para ingresar a las escuelas superiores de extensión.

En capítulos siguientes se considera la instrucción vocacional: economía doméstica, agricultura, oficios, enseñanza comercial; rehabilitación vocacional para los adultos lisiados.

La educación de obreros se realiza a través del Departamento de Trabajo, la educación sanitaria a través del Departamento de Salud, y la educación cooperativa —a la cual se le da mucha importancia— se realiza con la colaboración del Departamento de Agricultura y Comercio, prestando especial atención a las comunidades rurales, desarrollando un programa que en conjunto trata de “preparar al pueblo de escasos recursos para sentirse relativamente feliz en un ambiente de esfuerzo y sencillez como el que corresponde a un país de condiciones económicas como Puerto Rico”.

Los últimos capítulos estudian con detención la Educación en comunidad, Bibliotecas públicas, Recreo y deportes, Museos, Instituciones religiosas, Prensa y Radio, para terminar con **Recomendaciones** que resumen las ya formuladas al tratar cada tema. Dice al final: “Sólo nos resta insistir en que se evite la confusión que indudablemente surge cuando un sinnúmero de programas y agencias se dedican a la enseñanza de adultos con la mejor intención de educarlos pero sin la debida coordinación, sin plan de estudios común y aún más, sin un cuerpo profesional de líderes debidamente preparados. Si deseamos ayudar a los individuos a tener confianza en el sistema de vida democrática en que nos movemos, brindémosle oportunidades de ganarla teniendo nosotros mismos seguridad y orientación específica en nuestro sistema educativo. La educación, más que otras funciones ciudadanas, necesita planeamiento, y será tanto más eficaz cuanto mejor y con mayor seguridad tracemos su rumbo”.

En resumen, ésta es una obra cuya lectura conviene recomendar a quienes en alguna forma se ocupan de la educación de adultos.

Emilio Fournié

Unesco. LA FEMME ET L'EDUCATION. París. 1953. 288 págs.

Esta publicación tiene íntima relación con otro libro, “L'accès des femmes à l'éducation”, del cual hice un análisis que fué publicado en el BOLETIN, tomo XXVI pág. 478. En la primera pu-

blicación del Bureau International d'Education se estudiaron las respuestas de 47 países sobre el tema educación de la mujer.

Unesco seleccionó, entre los trabajos disponibles, tres que abarcan el estudio de muchos aspectos de la referida cuestión, a la vez que se refieren a países de distinta cultura: Chile, India y Yugoslavia. El trabajo sobre Chile fué escrito por la profesora señora Amanda Labarca; el informe sobre India fué realizado por los consejeros de educación K. L. Joshi y P. D. Sukla; y el relativo a Yugoslavia, por la señora Mitra Mitrovitch, Presidenta del Consejo de Educación, en colaboración con la señora Vida Tomsitch, miembro del Parlamento de Belgrado.

Los tres informes son muy completos, comprendiendo un estudio histórico sobre el desarrollo de la educación de la mujer hasta la condición actual, desde los puntos de vista social, económico, familiar, político, educacional.

Todos los autores llegan a conclusiones muy interesantes, pero no comparables dada la enorme diferencia que desde muchos puntos de vista hay en la organización social y las costumbres de los tres países, respecto a la forma de vida y a los derechos de que goza la mujer.

El interesante volumen, en la cuarta parte, publica las conclusiones a que llegó la XVª Conferencia Internacional de Educación Pública —realizada en Ginebra en 1952— en cuanto se relaciona con las posibilidades de que la mujer reciba los beneficios de la educación, en todos los grados.

Emilio Fournié

UNESCO y Bureau International d'Education. — ANNUAIRE INTERNATIONAL DE L'EDUCATION. 1953. 416 págs.

Este volumen lleva el número 152 de la valiosa serie de publicaciones que desde hace muchos años viene editando el Bureau International d'Education, de Ginebra; por otra parte, es el décimo quinto de los Anuarios.

Como en ediciones anteriores, este volumen tiene base en los informes de los Ministerios de Instrucción Pública, en este caso de sesenta países, entre los cuales figuran dieciséis de América.

Facilita una mejor comprensión y utilización del valioso material informativo que ofrece el libro, el estudio comparativo con que se inicia la publicación, relacionado con estos temas: **Administración escolar** (contralor de la enseñanza, finanzas, construcciones escolares); **Enseñanza primaria** (escolaridad obligatoria, enseñanza preescolar, inscripción y métodos); **Enseñanza secundaria** (número de escuelas secundarias, inscripción, reformas de estructura, programas, métodos y exámenes); **Enseñanza profesional** (aumento de establecimientos, programas, plan de estudios); **Enseñanza superior**; **Personal enseñante**.

Como cada país consultado respondió, más o menos con alguna extensión, sobre cada tema del formulario encuesta, se comprenderá que hay en la obra importantes datos para quien desea realizar un trabajo comparativo sobre el desarrollo de la enseñanza en el mundo, o bien para tener una visión de conjunto.

Debemos agradecer al profesor Pedro Roselló, Subdirector del Bureau d'Education, este nuevo Anuario en cuya redacción ha puesto —como otras veces— sus condiciones de estudioso.

Emilio Fournié

Informaciones

EL GIMNASIO MODERNO. Bogotá. — Al cumplir cuarenta años el Gimnasio Moderno, prestigioso centro de enseñanza de Bogotá, la prensa de Colombia rindió justiciero homenaje a la labor realizada, y en particular a su fundador y actual director, doctor Agustín Nieto Caballero.

Transcribimos a continuación lo dicho por “El Espectador” con motivo de aquella fecha, adhiriendo a lo manifestado por este diario, como reconocimiento a la proficua obra educacional realizada por uno de los más prestigiosos centros educacionales de América.

Dice “El Espectador”, lo siguiente:

El cuadragésimo aniversario de la fundación del Gimnasio Moderno, que se celebra hoy en Bogotá, tiene la categoría de una conmemoración nacional y ofrece a millares de ciudadanos agradecidos la oportunidad de rendir el homenaje de su admiración y de su respeto a quien representa en el más alto grado el espíritu de esa institución y reúne singular y felizmente todas las virtudes que deben caracterizar al educador: el doctor Agustín Nieto Caballero.

Podría asegurarse, sin hipérbole, que espiritualmente el Gimnasio Moderno es hoy exactamente el mismo que fuera el día de su fundación. No se ha modificado en cuanto a sus valores esenciales, porque el tiempo no muda lo que a lo largo de los siglos y en todas las latitudes resistió siempre sin mengua la persistente acción de las horas. La honradez, la dignidad, la franqueza, el valor, el deseo de servir dentro de la órbita de las individuales capacidades, la alegría que nace del equilibrio de la mente, son cualidades que no se improvisan pero que poseían los fundadores del Gimnasio Moderno cuando decidieron desarrollarlas en las personalidades de muchos compatriotas que en los más diversos campos de la actividad sirven hoy a su país con eficacia y con brillo.

Don José María y don Tomás Samper, como don Tomás Rueda Vargas, fueron con el doctor Agustín Nieto Caballero los principales inspiradores del Gimnasio Moderno. Lo que se proponían ellos —en unión de centenares de colaboradores no anónimos porque sus nombres son conservados con reconocimiento y con afecto por cuantos fueron sus discípulos— y en tan grande medida han logrado, era dotar a la nación de una escuela de la que ante todo salieran caracteres. La producción de bachilleres en serie, sin personalidad y sin rasgos psicológicos que los diferenciencien, no era el objetivo de los fundadores del Gimnasio Moderno. Querían que la preparación de sus alumnos no abarcara solamente el aspecto ins-

tructivo sino fundamentalmente el educativo, la formación de la personalidad, el aprovechamiento de las cualidades de cada uno y de sus especiales tendencias, de acuerdo con los métodos de una pedagogía en que la técnica nunca sacrificara las más puras sustancias humanas.

El doctor Agustín Nieto Caballero, maestro de juventudes por antonomasia, cuyo apostolado constituye uno de los más nobles espectáculos morales e intelectuales que puede ofrecer nuestra cultura a la admiración de las naciones de América, ha sido consagrado como guía de las nuevas generaciones en innumerables reuniones educacionistas. Su nombre es pronunciado con admiración en todas partes y su obra, su grande obra, que se renueva y amplía todos los años con los bachilleres que salen del Gimnasio Moderno, es conocida y analizada con un interés que acredita la importancia que se le atribuye. No son pocos los institutos de educación que en sus métodos y sistemas se inspiran, lo que de seguro constituye una de sus más positivas satisfacciones del hombre culto y de patriota.

El Gimnasio Moderno, como todas las creaciones humanas, ha sufrido alternativas de próspera y adversa fortuna. No todo ha sido la satisfacción triunfal, pues también se han presentado horas oscuras, que sus directores superaron invariablemente con la sonrisa en los labios y el corazón bien templado. A los cuarenta años de su fundación, ese instituto, de que con razón se enorgullece el país, muestra las definitivas dimensiones de lo perdurable y en su dirección se encuentra con la sencillez inconfundible de los grandes espíritus, quien ha sabido llevarlo a esta culminación gratísima gracias a sus virtudes de hombre, a sus conocimientos de profesor y a sus condiciones de ciudadano ejemplar, que ha dado y seguirá dando a su patria una pléyade de varones honestos, útiles y que, como su Maestro, sólo aspiran a mejorarla y a servirla.

POBLACION, NACIMIENTOS Y MORTALIDAD EN EL URUGUAY. — En el tomo XI página 545 del BOLETIN, publicamos un cuadro estadístico con datos sobre población, nacimientos, mortalidad general y mortalidad infantil en el Uruguay, desde el año 1900 al 1936.

A continuación completamos aquel cuadro dando los mismos datos desde 1937 hasta 1951, último año del cual obtenemos información.

Años	Población media	Nacimientos (Excluidos los nacidos muertos)	Proporción por mil habitantes	Mortalidad General	Proporción por mil habitantes	Nacidos muertos	Proporción por mil	Mortalidad Infantil, menos de un año.	Proporción por mil nacimientos
1937	2:079.659	41.337	19.88	21.561	10.37	1.377	0.66	3.978	96
1938	2:107.980	41.701	19.78	21.658	10.27	1.262	0.59	4.121	99
1939	2:134.587	42.862	20.08	19.341	9.06	1.407	0.66	3.521	82
1940	2:155.046	42.893	19.90	20.695	9.60	1.298	0.60	3.710	86.49
1941	2:174.586	44.287	20.37	20.381	9.38	1.341	0.62	3.666	82.78
1942	2:194.281	42.670	19.45	20.646	9.41	1.365	0.62	3.954	92.66
1943	2:218.968	43.500	19.68	20.738	9.38	1.407	0.63	3.387	77.86
1944	2:265.411	46.443	20.82	19.990	8.96	1.349	0.60	3.052	65.71
1945	2:351.437	49.016	21.77	19.627	8.72	1.276	0.57	2.701	55.10
1946	2:241.327	48.978	21.85	18.415	8.22	1.204	0.54	2.483	50.70
1947	2:267.706	46.796	20.64	20.739	8.88	1.267	0.56	2.866	61.24
1948	2:318.478	47.065	20.30	19.326	8.34	1.296	0.56	2.647	56.24
1949	2:348.927	56.664	24.12	18.351	7.81	1.293	0.55	2.313	40.82
1950	2:392.844	44.748	18.70	19.199	8.02	1.291	0.54	2.875	64.25
1951	2:438.995	45.281	18.57	19.190	7.87	1.192	0.49	2.478	54.72

REGLAMENTACION DEL TRABAJO NOCTURNO DE LOS MENORES. Uruguay. El Consejo Nacional de Gobierno reglamentó el trabajo nocturno de los menores, decretando lo siguiente:

Art. 1º.—Ninguna persona menor de 18 años podrá ser utilizada en empresas industriales públicas o privadas entre las horas 21 y 6. Tampoco podrá iniciar una jornada de labor sin que hayan transcurrido, por lo menos, once horas desde la terminación de la jornada anterior.

Art. 2º.—Quedan exceptuados los menores a que se refiere el Art. 11 del decreto de 8 de mayo de 1950 reglamentario de las leyes Nº 1146 y 10167.

Art. 3º.—Los niños menores de 14 años y los mayores de 14 años que estén todavía sujetos a obligación escolar de horario completo, no podrán ser empleados ni podrán trabajar en ninguna clase de actividad entre las horas 18 y 30 y 8 horas.

Art. 4º.—Las infracciones a las disposiciones de este Decreto, o a los Convenios que reglamenta, se penarán con multa de \$ 20.00 a \$ 100.00, y el doble en caso de reincidencia.

Será condenado con multa de \$ 50.00 a \$ 200.00, y el doble en caso de reincidencia, cualquiera que ponga obstáculo al desempeño del cometido y contralor de los funcionarios del Instituto Nacional del Trabajo, del Consejo del Niño o de otras autoridades a las que se encomiende el cometido de vigilar y aplicar estas disposiciones.

INAUGURACION DE LA ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL OFICIAL. Montevideo. — Coincidiendo con la celebración del aniversario del natalicio de Artigas, el 19 de junio, el Ministerio de Salud Pública inauguró la Escuela de Servicio Social, en el local de la calle Canelones 2241.

Su habilitación marca una nueva y decisiva etapa en el enfoque moderno de la obra social que compete al Estado.

Los Asistentes Sociales capacitados solucionarán innumerables problemas sociales y mediante su actuación será posible la readaptación y recuperación de muchos seres que, abandonados a sí mismos, no podrían superar las dificultades que la vida les coloca en su camino.

El 20 de enero de 1954, el Consejo de Gobierno aprobó el proyecto presentado por el Ministerio de Salud Pública, por el que se creaba un Departamento de Servicio Social para este fin, y nombró una Comisión Honoraria Asesora para su organización.

Fué designada directora de las Escuelas de Sanidad y Servicio Social, la doctora Aída Lagrave de Pérez Sánchez. A la primera asesora de las Naciones Unidas, la especialista chilena señorita Laura Vergara, quien hizo un trabajo preliminar en 1953, su-

cedió la señora Valentina Maidagan de Ugarte, enviada por la Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, como consultora de la Comisión Honoraria Asesora. La señora Maidagan de Ugarte dictó en el Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia una clase sobre la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública, dando un esquema del programa. De esta clase se publicó una síntesis en el volumen "Resúmenes 1954", Clase especial Nº 1., publicado por nuestro INSTITUTO.

La matrícula, abierta desde febrero último, dió como resultado 104 inscripciones, de las cuales 17 son hombres. Se recibirán estudiantes de otras naciones para orientarse en las nuevas disciplinas del Servicio Social.

CONCURSO INTERNACIONAL DE UN FILM RECREATIVO PARA NIÑOS. París. — Por iniciativa del Centro Internacional del Niño y con la colaboración del Instituto de Filmología de la Universidad de París, se ha organizado un concurso internacional del mejor film recreativo para niños.

Los 87 films inscriptos, que provienen de 16 países diferentes, fueron examinados por un grupo de trabajo que retuvo 50. Después de principios de octubre de 1953, estos films están siendo presentados a un público de niños de la región parisién, constituido por dos grupos uno de niñas, y otro, por varones, cuyos sufragios designarán cual es el primer film. Estos niños están repartidos en dos categorías de edad: de 7 a 9 años, y de 10 a 12 años. Un cierto número de films caracterizan bien las reacciones de los niños franceses, y especialmente los films que sobresalieron, serán presentados a niños de otros países.

PARA LA DIETETICA INFANTIL

LACTOGENO

Leche en polvo, modificada, de composición semejante a la leche de mujer.

NESTOGENO

Leche semidescremada, en polvo, con cuatro azúcares: lactosa, sacarosa, dextrina y maltosa.

ELEDON

"Babeurre" en polvo. (Leche semidescremada ácida).

PELARGON

Leche acidificada en polvo. (Leche tipo Marriott).

MALTOSA - DEXTRINA "NESTLE"

Azúcar de composición equilibrada para la dietética infantil.

ALICERON

Harina de cinco cereales, dextrino-malteada y tostada.

NESTUM

Alimento a base de cereales precocidos, con agregado de vitaminas y sales minerales.

CERELAC

(Harina lacto-amidodiestasada)

Para la papilla "lactofarinácea", de preparación instantánea.

MANZARINA

Alimento en polvo, a base de harina de trigo, manzana, leche entera y azúcar.

Contiene vitaminas A, B₁ y D.

NESTLE

AL SERVICIO DE LA INFANCIA

Literatura especializada a disposición de los Señores Médicos que la soliciten por correo a Soriano 1099 — Montevideo

Teléfono: 9-18-50

PARA LA DIETETICA INFANTIL

INTRODUCCION

Este libro es el resultado de una larga experiencia en la práctica de la alimentación infantil.

INDICE

Introducción. 1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

1. Alimentación infantil. 2. Alimentación artificial. 3. Alimentación mixta. 4. Alimentación natural.

ALIMENTACION

Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

BOLETIN

DEL

Instituto Internacional Americano

DE

Protección a la Infancia

PUBLICACION TRIMESTRAL
Avda. 18 de Julio N.º 1648 — Montevideo (Uruguay)

PRECIO DE SUSCRIPCION

<i>En el Uruguay</i>	
Valor del tomo (4 números)	\$ 3.00
» » número suelto	» 0.75
<i>En los demás países</i>	
Valor del tomo (4 números)	dólares 2.00
» » número suelto	» 0.50

PRIX D'ABONNEMENT

<i>A l'Uruguay</i>	
Prix du volume (4 numéros)	\$ 3.00
» d'un numéro	» 0.75
<i>Dans les autres pays</i>	
Prix du volume (4 numéros)	dollars 2.00
» d'un numéro	» 0.50

SUBSCRIPTION PRICES

<i>In Uruguay</i>	
One volume (four numbers)	\$ 3.00
Single number	» 0.75
<i>In other countries</i>	
One volume (four numbers)	dollars 2.00
Single number	» 0.50

AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.
 LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.
 CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.
 GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.
 LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.
 LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.
 EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.